Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 3 listopada 1883. № 44. Rok XXII.

TREŚĆ: I. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie. JAWORSKI: O zachowaniu się gazów w żołądku ludzkim i o zastosowaniu tychże w celach rozpoznawczych i leczniczych. (C. d.) — II. JABŁONOWSKI: Kazuistyka lekarska w Turcyi. (C. d.) — III. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie. ROSENBLATT: Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882. (C. d.) — IV. *Oceny i sprawozdania*: ACKERMANN: Tkankorództwo i histologija mięsaków. (Dok.) — DANIŁŁO: Przypadek czasowéj utraty pamięci. (Dok.) — LEOPOLD: Badania nad menstruacyją i owulacyją. — VOSSIUS: O stosowaniu jodoformu w okulistyce. — DEUTSCHMANN: Dalsze doświadczenia nad jodoformem. — *Wiadomości pomniejsze*. — V. *Sprawy Towarzystw lekarskich*: Posiedzenie Tow. lek. gal. — VI. *Odcinek*: POLAK: O szpitalach w Londynie. — GRABOWSKI: Z wystawy higijenicznéj w Berlinie. (C. d.) — Zapiski z wystawy higijenicznéj w Berlinie. (Dok.) — VII. *Wiadomości statystyczne i ogólnolekarskie*. — VIII. *Wiadomości bieżące*.

I. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

O zachowaniu się gazów w żołądku ludzkim i o zastosowaniu tychże w celach rozpoznawczych i leczniczych.

Wykonał i podał Dr. W. Jaworski,
docent Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43).

IV. Sposób mierzenia pojemności żołądka za pomocą gazów.

Znajomość pojemności żołądka człowieka może mieć o tyle kliniczne znaczenie, że z jéj wielkości można wnioskować o rozstrzeni żołądka i powiększaniu się tegoż w różnych okresach choroby, a następnie można ztąd powziąść pewne dyrektywy dla wprowadzania ilości pokarmów do żołądka w poszczególnych przypadkach, aby tenże nie był „przeładowany“ mechanicznie.

Mierzenie pojemności żołądka jako naczynia o podatnych ścianach, wykonane tak licznie na zwłokach, nie może być nigdy bezwzględnie dokładne. Dokładniejsze ono będzie na zwłokach, gdzie znaleziono jako ilość fizyjologiczną dla dorosłego człowieka 2—4 litrów, a w stanach patologicznych niekiedy 8 litrów, niż to ma miejsce za życia, gdzie manipulacyja jest wielce utrudniona. Pojemność podana z mierzenia pośmiertnego nie da się jednak przenieść wprost na żywy ustrój, gdyż z powodu braku kurczliwości ścian w stanie pośmiertnym znaleziona pojemność będzie zapewne za wielką. Mierzenie zaś pojemności żołądka u człowieka żywego przez napełnianie go płynem, podobnie jak to się uskutecznia na żołądku pośmiertnym, nie może wydać nigdy nawet w przybliżeniu dokładnych wyników a to raz z powodu, że nie mamy możności sprawdzenia, czy cały żołądek cieczą się wypełnił, a następnie ponieważ żołądek nie ma stałéj podstawy, o którąby się mógł oprzeć, przeto ciężar cieczy cisnąc na dno tylko ono przeważnie rozszerza, podczas gdy górne części żołądka są zupełnie skurczone. Żołądek więc wypełniony cieczą jest niejednostajnie i to u dołu nadmiarowo rozszerzony. Aby można zmierzyć rzeczywistą pojemność żołądka, koniecznem jest, aby jego ściany wszędzie były jednakowo naprężone; a potém należy przyjąć pewną stałą granicę, do któréj należy żołądek rozszerzyć, co właśnie trudno jest oznaczyć, podczas gdy jednostajne naprężenie ścian łatwe jest do wykonania, wprowadzając gaz do żołądka, albowiem prężność gazu będzie na ściany wszędzie jednakową. Miara stała rozszerzalności żołądka gazem dałaby się tém oznaczyć, że można przyjąć, iż ilość gazu wprowadzona do żołądka przy pewném ciśnieniu słupa rtęci, np. 10 lub 20mm., ma oznaczać jego prawidłową pojemność. Jednak ta norma, aczkolwiek teoretycznie zupełnie jest dobrą, dla praktyki okazuje się nieprzydatną. Bo znajdą się indywidua, które, nim to ciśnienie się osiągnie, już będą reagować, podczas gdy dla innych będzie ono za małe. Należy tu właśnie uwzględnić uczucie podmiotowe, jakie prężność wprowadzonego gazu wywołała, gdyż ono jest właśnie tym fizyjologicznym regulatorem rozszerzalności żołądka. A to uczucie będzie rzeczywistości fizyjologicznéj więcéj odpowiadało, niż konwencyjonalna miara, gdyż właśnie dla fizyjologicznego rozszerzenia żołądka należy przyjąć tę granicę, kiedy zaczyna żołądek w skutek ucisku kończyn nerwów patologicznie bólem oddziaływać; daléj usiłowane rozszerzenie będzie patologicznem, czyli „przeładowaniem“ żołądka.

Uwzględniając tę okoliczność wprowadzałem w powyższych doświadczeniach gazy do żołądka, dopóki nie wystąpiły pewne senzacyje, jak uczucie prężenia w dołku podsercowym u badanego, poczém przerywałem prąd gazu odgraniczając flaszkę mierniczą od dopływowéj przez zaciśnięcie ściskacza, i odczytywałem wysokość słupka wody w rurce naczynia mierniczego jakoteż ciepłotę. Przed wprowadzeniem gazu starano się ile możności wypróżnić żołądek z nagromadzonego gazu za pomocą pompy aspiracyjnéj dopóty, aż ściany sondy ciśnieniem powietrza zostawały zgniecione, poczém zaciśnięto sondę ściskaczem, łączono ze zbiornikiem

i wprowadzono gaz, jak to przy pojedyńczych doświadczeniach opisaném zostało. Ilość gazu wprowadzonego w pojedyńczych przypadkach była:

1. dośw. 1083 sz.cm. Oz
2. „ 1160 „ CO_2
3. „ 1293 „ O
4. „ 1295 „ CO_2
5. „ 1320 „ Oz

Powyższe ilości gazu są dla tego tak różne od siebie, że chciano wybadać senzacyje, jakie po sobie następują przy wprowadzeniu pewnych ilości gazu. W doświadczeniu 1ém z ozonem przestałem wprowadzać gaz już przy wystąpieniu pierwszego uczucia pełności w żołądku, gdyż sądziłem, nie znając wpływu Oz na błonę śluzową żołądka, że nadmiar jego może żołądek badanego bardzo zadrażnić. W doświadczeniu 3ém i 4ém czuł badany bardzo silne prężenie w dołku podsercowym, a w doświadczeniu 5ém zaczął badany mocno się niepokoić, czuł bowiem mocne ugniecenie i w podżebrzu lewém i poczęły następować odbijania przez przełyk obok sondy. Są to więc doświadczenia próbne. Za rzeczywistą pojemność żołądka badanego uważałbym wynik z doświadzenia 2.

Że pojemność żołądka da się za pomocą gazu oznaczyć, t. j. że gaz wprowadzony do żołądka w nim przez pewien czas przebywa w pierwotnéj ilości, tak że zostaje dość czasu do odmierzenia całéj wprowadzonéj ilości gazu, pouczają właśnie powyższe doświadczenia. Okazało się bowiem, że gaz ani przez przełyk obok sondy, ani przez odźwiernik przez kilka minut nie uchodził. Obserwując bowiem rurkę manometryczną w naczyniu mierniczém, podczas gdy napełniony gazem żołądek był za pomocą sondy z niém połączony, nie spostrzeżono w niéj przez kilka minut zmiany w wysokości słupka wodnego (flaszka dopływowa *A* (fig. 2) została od mierniczéj *H* podczas tego ściskaczem oddzielona), co dowodzi, że prężność gazu w żołądku, a zatém i jego objętość, zostawała przez ten czas niezmienną. Ta okoliczność więc wykazuje, że do pewnego stopnia tak odźwiernik jakotéż i przełyk zamykają żołądek szczelnie. Jeżeli jednak wprowadzono w doświadczeniu 5ém nadmiar gazu (senzacyje stały się nie do wytrzymania), pokazało się, że mięśnie połykowe już tego ciśnienia nie zrównoważyły i zaczął gaz obok sondy uchodzić; przekroczono zatém granicę fizyjologiczną rozszerzalności żołądka. Jak się w tym przypadku odźwiernik zachował, niewiadomo. Druga okoliczność, która może wpływać na wynik badając pojemność żołądka za pomocą gazu, jest już w nim zawarty gaz. Jednak ten można do tego stopnia za pomocą pompy aspiracyjnéj wydalić, że ściany żołądka, które przecież są więcéj podatne niż ściany sondy, przylegać do siebie będą, zatém pozostałość gazowa chyba tylko kilka sz.cm. wynosić może, a ten błąd na porównanie wyników o tyle mniéj wpływać może, że nietylko przy wszystkich doświadczeniach dla tego samego indywiduum, ale u każdego badanego zostaje prawie ten sam.

Uderza w powyższych doświadczeniach ta okoliczność, że żołądek u badanego już $1^1/_4$ litra gazu ledwie zniósł, podczas gdy pojemność żołądka ogólnie przyjęta wynosi przynajmniéj 2 litry, co tém więcéj zadziwia, że badany opowiadał, iż nieraz więcéj niż kwartę mleka naraz wypijał i żadnego ciążenia w żołądku nie doznawał, a przecież ciecz jeszcze swoim ciężarem ugniatająco na ściany żołądka działa. Badałem więc, ile też wody studziennéj zimnéj zniesie żołądek badanego. Gdy wlałem przez sondę, lejkiem opatrzoną, 1 litr wystałéj w pokoju wody do żołądka, badany nic przykrego nie czuł, po wlaniu $1^1/_2$ litra zaczął czuć rodzaj ciążenia. Dopiero po wlaniu dwóch litrów wystąpiło dokuczliwe prężenie. Dla czego żołądek zniósł większą ilość wody niż gazu, tłumaczyć należy chyba tém, że wprowadzona woda działa przeważnie swym ciężarem na dno, które do tego ciśnienia jest przyzwyczajone, podczas gdy wygięcie górne zostaje od ciśnienia wolne. Wprowadzając zaś gaz, wywiera się wszędzie jednostajne ciśnienie, więc i na górną powierzchnię żołądka, a ztąd udziela się ono i przeponie i innym sąsiednim narządom do tego ciśnienia nieprzyzwyczajonym i przeto osobliwemi senzacyjami oddziaływającym.

Pojemność żołądka stoi w związku z drugą jego własnością, a to z opornością ścian jego, zależną od kurczliwości żywotnéj błony mięsnéj; dla tego wykonanie mierzenia pojemności, opis przyrządu i obliczenie podaję w następnym ustępie.

V. Metoda mierzenia oporności (względnie kurczliwości żywotnéj) ścian żołądka ludzkiego.

Tak często powtarzany wyraz atonija żołądka ma oznaczać niedowład jego błony mięsnéj. Do jakiego stopnia osłabienia mechanicznego ma dojść błona mięsna, aby się wyrobił stan chorobowy, tego jeszcze obecnie ani słowami, tém mniéj w liczbach wyrazić jesteśmy w stanie, gdyż i miary dla natężenia funkcyi mechanicznéj błony mięsnéj żołądka w stanie fizyjologicznym nie znamy. Możemy jednak niedowład błony mięsnéj ztąd rozpoznawać, że pokarmy nadmiarowo długi czas w żołądku przebywają.

W celu poznania zmian w napięciu dna żołądka dającego się uskutecznić równocześnie z mierzeniem jego granicy, radził już ostatniemi czasy Dr. Ponikło, docent tutejszego Uniwersytetu, użycie sondy sprężynowéj. W celu zaś mierzenia kurczliwości błony mięsnéj żołądka w całości, która właśnie przy wydaleniu pokarmów w żołądku jest działającą, trzeba wywierać ciśnienie na całą wewnętrzną powierzchnię ścian żołądka, a to czyni możebném zastosowanie gazu. Jeżeli do żołądka wprowadzać się będzie gaz, to on rozprężać będzie ściany, względnie włókna mięsne, do pewnéj granicy fizyjologicznéj, do któréj one stawiać będą w skutek swéj fizyjologicznéj kurczliwości opór równy prężności gazu; jeżeli jednak prężność gazu dojdzie do tego stopnia, że kurczliwość żywotna włókien mięsnych nie jest w stanie powstrzymać rozszerzenia ich prężnością gazu, stają się one bierne i przechodzą w stan patologiczny, a uciskając na kończyny nerwowe, sprawiają reakcyję poczynając od senzacyj nieprzyjemnych aż do bólu. Dla tego wystąpienie podmiotowych uczuć przy wprowadzeniu gazu do żołądka może służyć za oznakę granicy, do któréj żołądek w stanie fizyjologicznym da się rozszerzyć, a ciśnienie, przy którém się to rozszerzenie odbywa, służy za miarę oporności żywotnéj ścian żołądka, zależnéj, jak wiadomo, od kurczliwości jego błony mięsnéj. Wychodząc z założenia, że im większą będzie energija błony mięsnéj żołądka, tém większą prężność gazu on téż zrównoważy, ztąd mając dwa żołądki do badania o oporności (kurczliwości) ścian K_1 i K_2, to przy tych samych zupełnie warunkach i okolicznościach oporność (kurczliwość) ich będzie w prostym stosunku do ciśnienia słupka rtęci C_1 i C_2, zatém:

$$K_1 : K_2 = C_1 : C_2.$$

Przyjmując za miarę oporności ścian (kurczliwości błony mięsnéj) żołądka ten stan fizyjologiczny, jeżeli żołądek wytrzymuje ciśnienie gazu o słupku rtęciowym 10mm. czyli $K_2 =$

$= 1$, a $C_2 = 10$, to będzie wyraz dla oporności ścian (kurczliwości błony mięsnéj) żołądka:

$K_1 = \frac{C_1}{10}$; np. jeżeli doświadczenie okaże, że jeden żołądek wytrzymuje tylko ciśnienie 5mm. słupka rtęciowego a drugi 20mm., to w pierwszym przypadku oporność żołądka będzie $K_1 = {}^5/_{10} = {}^1/_2$, t. j. połowę fizyjologicznéj oporności, a w drugim $K_1 = {}^{20}/_{10} = 2$ czyli do pokonania oporu ścian (do wywołania stanu patologicznego) żołądka trzeba użyć dwa razy większéj prężności, niż w stanie przeciętnie prawidłowym i teraz należy szukać przyczyny, dla jakiéj rozszerzalność w pierwszym przypadku się zmniejszyła, a w drugim powiększyła; czyli przyczyna leży w błonie mięsnéj rzeczywiście czyli też gdzieindziéj; a następnie biorąc na uwagę jeszcze pojemność żołądka można ocenić, jaka ilość pokarmu będzie najstosowniejsza do jednorazowego wprowadzenia do chorego żołądka, aby jeszcze nie przekraczała w danym przypadku względnéj fizyjologicznéj granicy. (Dok. nast.)

II. Kazuistyka lekarska w Turcyi.

Zebrał Dr. W. Jabłonowski.

VI. Praktyka sądowolekarska.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42).

Od stopni tronu, z labiryntu pałaców nadbosforskich władzców, przejdziemy teraz na arenę pospolitéj, codziennéj działalności wschodnio-tureckiego społeczeństwa. Pierwszy tu przykład, w którym również działało poważne gremijum lekarzy, przekona nas, że tutaj nie już obawa i brak specyjalnego wykształcenia były powodem wypowiedzenia rozmijających się z prawdą opinij, ale że nienawiść rodowa, poparta fanatycznym wstrętem do wszystkiego, co nie muzułmańskie, w dochodzeniach sądowolekarskich bardzo poważną odgrywała rolę.

Przed paru laty na drodze prowadzącéj z przedmieścia Pery do letniéj rezydencyi sułtańskiéj, zwanéj „Jełdyz-Kiosk,“ w zaroślach położonych w niewielkiéj nawet oddali od tego ostatniego, dwóch dystyngowanych jeźdźców, Onou radca poselstwa rosyjskiego i podpułkownik sztabu Komarów zostało napadniętych przez kilku dobrze uzbrojonych rabusiów. Nie przypuszczając, ażeby okolica tak bliska stolicy mogła być niepewną, jeźdźcy widząc się napastowanymi nie odpowiadali na wezwanie „stój,“ postępowali daléj i tylko szybkim zwrotem koni postanowili uniknąć spotkania, co rychléj kierując się ku miastu. Nim jednak zdołali swój zamiar doprowadzić do skutku, padło naraz kilka karabinowych strzałów, rabusie szybko umknęli, lecz p. Komarów ciężko ranny pozostał na miejscu. Wkrótce uniesiony z miejsca wypadku i umieszczony w szpitalu rosyjskim na Pankaldi (przedmieście), największą otoczony pieczołowitością, gość poselstwa i kolonii rosyjskiéj w Konstantynopolu, po paru dniach ciężkich cierpień, utratą życia zaznaczył swój pobyt nad Bosforem. Tak niespodziewany przypadek do głębi poruszył sfery całéj dyplomacyi europejskiéj. Władze tureckie pospieszyły przesłać ambasadorowi wyraz ubolewania z powodu tak przykrego przypadku i po załatwieniu téj urzędowéj formalności, poleciwszy kilku dygnitarzom towarzyszyć orszakowi pogrzebowemu, przyrzekły przeprowadzić śledztwo z całą ścisłością, odszukać winnych, i poddać ich karze wskazanéj paragrafami kodeksu. I gdy pod naciskiem i przy rozwinięciu całéj energii ze strony poselstwa rosyjskiego, policyja i żandarmeryja miejscowa zajęły się z pośpiechem wyszukaniem przestępcy, to jednak poszukiwania te trwały kilka tygodni, i dopiero po wielkich jakoby usiłowaniach udało się policyi uchwycić pewnego Mechmeda, który niespodzianie napadnięty w okolicy „Jełdy-Kiosku,“ broniąc się ranił żandarma i to właśnie sprawiło, że ulegając przeważnéj sile został wtrącony do więzienia i oskarżony jako morderca Komarowa. — Z ujętym w ten sposób Mechmedem delegaci z konsulatu rosyjskiego domagali się przeprowadzenia śledztwa jak można najrychléj, nastając na wydanie wyroku skazującego oskarżonego na śmierć. Innego jednak zdania było tureckie ministeryjum sprawiedliwości, którego zapatrywanie podzielał w zupełności i najwyższy Trybunał do spraw kryminalnych, ów bardzo ciekawy „Adlie-Medżelys,“ powabnemi kształty pałacu swych posiedzeń, wprowadzającego w podziw niejednego z dzisiejszych budowniczych, lecz niemniéj też sławny i z głębokiéj wiedzy sędziów w prowadzeniu procesów karnych!

Po pierwszych dochodzeniach śledczych okazało się, że Mechmed nie poczuwa się wcale do zarzuconéj sobie zbrodni. Świadków i dowodów przekonywających nie posiadano wcale. I tylko włóczenie się oskarżonego w pobliżu miejsca zbrodni i zamiar czynnego wyswobodzenia się z rąk policyi, były obciążającym go zarzutem. Protokolarne zeznanie tego rodzaju przedstawione delegatom rosyjskim naturalnie nie mogło ich zadowolić. Ściślejsze dochodzenia więc postanowiono. Lecz dla ich przeprowadzenia potrzeba było czasu, i bez wyraźnie przekonywających dowodów sprawiedliwość turecka wzbraniała się wydać wyrok śmierci. Mechmed tymczasem pozostawał w więzieniu śledczém i niespodziewając się wcale, że będzie zmuszony do odegrania roli wcale sobie dotąd nieznanéj, pędził swój czas wesoło, a nawet jak na tureckiego więźnia bardzo wygodnie.

Na dochodzeniach śledczych znowu więc upłynęło kilka tygodni. Gdy nagle zaciekawiona do najwyższego stopnia publiczność za pośrednictwem miejscowych dzienników dowiedziała się, że oskarżony o zabójstwo Komarowa cierpi na pomięszanie zmysłów! O ile jednak podobna wieść była zdumiewającą dla mniéj interesowanych, o tyle ogłoszenie jéj przez prowadzących śledztwo było dla delegatów rosyjskich faktem zupełnie nieprzewidzianym. Dla przekonania się więc o istotnym stanie umysłowym Mechmeda zażądano zdania specyjalnéj komisyi, zaniedbując jednak postawienia warunku, ażeby do jéj składu weszli ludzie nauki, których opinija mogłaby być decydującą. Trybunał zaś mając widocznie na celu obronę muzułmanina oskarżonego o zabójstwo chrześcijanina, a co większa jeszcze Rosyjanina, korzystał z każdéj okoliczności sprzyjającéj jego widokom i nie ociągał się też z ukonstytuowaniem komisyi lekarskiéj, lecz do jéj składu powołano naprzód kilku ugalonowanych baszów, jako przedstawicieli poważnego departamentu lekarskiego armii, ludzi bardzo kompetentnych w kwestyjach gastronomicznych i giełdowych, lecz zupełnie obcych wszystkiemu, co dotyczy postępowania sądowolekarskiego. Dla nich więc termina takie jak „deli“ i „dywane,“ wypowiedziane narządem fonacyjnym jednego z pomocników prokuratora były dostateczne do wypowiedzenia patryjarchalnego „Ewet“ (tak). Poważną lecz ograniczoną liczbę baszów powiększono jeszcze młodemi siłami, wybranemi również z pomiędzy lekarzy wojskowych, a pominąwszy zupełnie profesorów szkoły lekarskiéj złożono w ten sposób komisyję, o któréj opinii,

odpowiadającéj zupełnie zapatrywaniu trybunału i wątpić nawet nie wypadało. Sprawiedliwość więc wzmocniona tego rodzaju fachowemi siłami, przystąpiła do zbadania stanu umysłowego oskarżonego. Badania trwały znów kilka tygodni. Codziennie przyprowadzano Mechmeda do komisyi, któréj członkowie zebrani zawsze w komplecie po kolei zadawali pytania oskarżonemu. Kwestyje, jakie mu zadawano, były bardzo proste. Nie pytano go o nic więcéj, jak tylko o to, czy jada, sypia i czy się nie nudzi w więzieniu. Odpowiedzi dawane przez Mechmeda cechowały się zawsze pewną bezładnością w wyrażaniu się. Towarzyszył im już to gwałtowny śmiech lub téż zerkanie oczyma i stan niepokoju, ze stałém usiłowaniem opuszczenia sali. Żadnemu z członków komisyi lekarskiéj nie było powierzone badanie i śledzenie co do sposobu zachowania się oskarżonego w jego celi. I gdy jednego dnia Mechmed, rozgniewany czy znudzony, wyraził swoje wyznanie wiary: „że zabiwszy giaura o jednego zmniejszył liczbę członków znienawidzonych plemion,“ było to dla komisyi dowodem najzupełniéj przekonywającym, że obwiniony w istocie jest dotknięty stanem cierpienia umysłowego. Bo już to samo jego wyrażenie się przed komisyją najlepiéj wreszcie usposobioną dla ogółu „giaurów,“ potępiało nieodwołalnie stan duchowy jego. Pod takiémto natchnieniem został zredagowany protokół, którym dokonana zbrodnia została uznaną za czyn istoty umysłowo upośledzonéj. Tyle co do komisyi tureckiéj.

Na kilka dni przed sformułowaniem jéj opinii Trybunał zrozumiał potrzebę odwołania się do zdania Dra Mongeriego, b. dyrektora zakładu obłąkanych w Stambule. Skromny ten, sumienny i jedyny tu psychijatra, nie mało się zdziwił, gdy mu opowiedziano, że obradująca komisyja lekarska łatwo doszła do możności sporządzenia aktu o stanie umysłowym Mechmeda. Na zrobioną sobie propozycyję podpisania tylko protokółu, Dr. Mongeri wytłumaczył p. prezydentowi Trybunału, że bez poprzedniego poddania oskarżonego ścisłemu naukowemu badaniu w zakładzie dla obłąkanych, niepodobném jest sformułowanie opinii, a tém mniéj podpisanie aktu opartego tylko na przypuszczeniu. Jakkolwiek zdaniu psychijatry nic nie można było zarzucić, nie zgodzono się jednak na nie w zupełności. Zdanie komisyi tureckiéj wypadało poprzeć powagą nauki. Ztąd téż zgodzono się wprawdzie na poddanie oskarżonego ścisłemu badaniu, tylko nie w domu dla obłąkanych, lecz we własnéj jego celi. Rozumiejąc nieuniknioną potrzebę podobnego postępowania, z powodu zaś swego urzędowego stanowiska będąc w niemożności opierania się programowi trybunału, wreszcie dla zadowolenia opinii publicznéj Dr. Mongeri zgodził się na przeprowadzenie swych badań w więzieniu. Prócz tego protest wniesiony przez delegatów rosyjskich przeciwko zdaniu komisyi tureckiéj, i domaganie się o zdanie uczonego specyjalisty, zachwiały wprawdzie sumieniem sędziów niezdoławszy jednak zmniejszyć siły ich przekonania, że zbrodnia popełniona przez Mechmeda jest czynem dokonanym przez pozbawionego zdrowego rozsądku. I ani dowody i cytaty, że słownictwo tureckie nie posiada terminów na oznaczenie szczegółowych stanów cierpień umysłowych, że wyrazy „deli“ i „dywane“ nie mają żadnego naukowego znaczenia, ani na jotę nie zdołały zmienić raz powziętego przekonania. Zaprzeczyły mu jednak najzupełniéj spostrzeżenia przeprowadzone przez Dra Mongeriego, które pozwoliły wreszcie wydać ściśle naukowe orzeczenie o stanie umysłowym Mechmeda Uważając za zbyteczne podawanie tu całego sprawozdania z uskutecznionego badania ograniczę się tylko do wzmianki, że wywiady o stanie zdrowia rodziny oskarżonego przekonały, iż wszyscy jéj członkowie cieszyli się najlepszém zdrowiem. Sam Mechmed, jedynak rodziców już nieżyjących, przepędził swą młodość na wsi anatolskiéj zajęty przeważnie uprawą roli. W wojsku nie służył; po śmierci rodziców doszedłszy do posiadania pewnych zasobów materyjalnych postępując za radą jednego ze swych młodych sąsiadów często odwiedzał Stambuł. Tutaj łatwo znajdując przyjaciół, z nimi prowadził życie próżniacze i rozpustne. Prędko wyczerpnąwszy swoje zasoby, w czasie wojny z Czarnogórą udał się tam z batalijonem Zebeków. Nie znajdując jednak przyjemności pozostawania w gronie dzikich, jak się wyrażał, anatolskich górali, powrócił sam do Stambułu. Odtąd pozostawał bez zajęcia. Okolice nadbosforskie miały dlań pewien powab. Stale więc prawie bawił po za miastem, od czasu do czasu odwiedzając swych znajomych i coraz bardziéj oddając się nałogowi pijaństwa.

Badanie dłuższe Dra M. nie wykazało żadnego zboczenia umysłowego; to téż badający wypowiedział zdanie, że oskarżony o zabójstwo Komarowa „Deli“ Mechmed tak przed popełnieniem zbrodni jak i w ciągu dochodzeń śledczych w więzieniu cieszył się stale zdrowiem umysłowém. Raport taki przedstawiony Trybunałowi był dotkliwym ciosem zadanym komisyi tureckiéj przez energicznego psychijatrę. Lecz dla wyjścia z kłopotu łatwo znaleziono drogę. Wszak wiadomo, że w każdéj sprawie zdanie większości jest decydującém. I jakkolwiek w procedurze tureckiéj często zdanie jednego z otylszych dygnitarzy przeważa szalę sprawiedliwości, to jednak w naszym przypadku Trybunał znalazł się w konieczności zarządzić głosowanie, które téż wypadło najpomyślniéj. Nie tylko bowiem większość członków komisyi lekarskiéj tureckiéj oświadczyła stanowczo, że zbrodnia popełniona przez Mechmeda była czynem dokonanym w stanie nieprzytomności umysłu, ale co większa, że nie uwzględniwszy opinii Dra Mongeriego dodała do protokółu, że oskarżony od dawna już cierpi na pomięszanie umysłu! Na jakich zaś danych zostało oparte podobne zdanie, to zbyteczna tłumaczyć. To tylko pewna, że fanatyzm religijny i nienawiść rodowa i tym razem zatryjumfowały nad prawdą naukową ułatwiając tém samem i zadanie Trybunału, którego téż i wkrótce wydany wyrok skazywał Mechmeda nie na karę śmierci, lecz na parę lat więzienia. Sensacyjny więc ten proces został ukończony. Uczeni sędziowie i poważni długością swych chałatów Ulemi spoczęli na wawrzynach. A i delegaci rosyjscy zdumieni najprzód treścią wyroku musieli go jednak przyjąć jako ostateczny wynik zdania wypowiedzianego przez większość. Zapadły wyrok nie zdołał jednak zmienić przekonania ogółu o zbrodni dokonanéj z rozmysłem. Miejscowa prasa uwydatniła niejeden fakt wadliwéj organizacyi sądów tureckich. Nie szczędzono téż ostréj krytyki, na jaką zasłużyli ci tak zwani lekarze sądowi. Wszystko to jednak pozostało martwą tylko literą i z wywiezieniem Mechmeda na wyspę Rodus ucichły narzekania lepiéj poinformowanych. Dla czego jednak rząd rosyjski, tak zawsze dbały o zgromienie tureckiego niedołęztwa, będąc bezpośrednio interesowany w procesie nie wymógł na Trybunale odwołania się do opinii znanych psychijatrów? Prawdopodobnie tylko dla tego pominięto tę prostą i racyjonalną

drogę, bo miano już przykład na ex-sułtanie Muradzie, że pośrednictwo psychijatrów w kwestyjach wschodnich naraża zwykle na dość znaczne koszta, nie przyczyniając się wcale do wykazania istotnego stanu rzeczy. (Dok. n.)

III. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. **Emanuel Rosenblatt.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42).

5) B e z ł a d r u c h o w y w p r z e b i e g u z i m n i c y.

Jan Fiut, chłopiec 7mioletni, przyjęty do szpitala 8 marca 1880. Według podania rodziców miała się choroba rozpocząć dnia 4 marca od dreszczu, bólu głowy, wymiotów i gorączki. 5 rano chłopiec czuł się o wiele zdrowszym i na własne żądanie udał się do szkoły. Z powrotem około południa przewrócił się na ulicy bez zadziałania jakiéjkolwiek przyczyny zewnętrznéj. Przytomności jednak ani na chwilę nie stracił. Zaraz po upadnięciu powstał, czuł się jednak bardzo niepewnym na nogach i z trudnością tylko — posuwając się wzdłuż ścian domów — po dłuższym czasie do domu się dostał. W domu zaraz ponowił się dreszcz, ból głowy i gorączka, a nadto przystąpił silny ból kłujący w boku lewym. W nocy gorączka jeszcze się wzmogła, a nazajutrz spostrzegł chory, chcąc iść na stronę, że nogi odmawiają mu posłuszeństwa. Dnia 6 i 7 leżał w łóżku, z którego nawet zejść nie mógł, chociaż leżąc na wznak odnogami dość swobodnie miał poruszać. Stan ogólny o tyle się poprawił, że gorączka chwilami — jak podano — opuszczała go, a dreszczu takiego jak w dniach poprzednich już więcéj nie miał. Potów znaczniejszych nie spostrzeżono. Mieszkanie jest bardzo wilgotne. Ponieważ osłabienie odnóg nie ustąpiło przy leczeniu domowém, oddano go do szpitala w dniu 8 marca, t. j. w 4 dniu choroby.

Badanie wykazało stan następujący: Chłopiec dość dobrze odżywiony, ze śladami krzywicy na czaszce i klatce piersiowéj. Obwód czaszki 49, cm. wymiar prosty 17 cm., poprzeczny 14 cm. Czaszka symetryczna. Stos pacierzowy prawidłowy, przy ucisku jednak na górną część piersiową miernie bolesny. Skóra barwy ziemistéj; na odnogach zaś dolnych sucha, szorstka i zgrubiała przedstawia znamiona świerzbiączki, gruczoły pachwinowe dość znacznie przerosłe. Błony śluzowe prawidłowo zabarwione. Narządy klatki piersiowéj prawidłowe, brzuch wysklepiony, śledziona znacznie przerosła, twarda, wystaje na szerokość 3 palców z poza łuku żebrowego; brzeg jéj jest tępy. Przy obmacywaniu chory żali się na ból. Pęcherz moczowy wypełniony, mocz odprowadzony cewnikiem jest wysycony, ciemno-czerwony, rozbiór wykazuje moczany w ilości znacznie zwiększonéj, chlorki w ilości prawidłowéj, białka ani śladu. Stolca od 24 godzin nie było. Ruchy odnóg górnych prawidłowe, dokładne, palce rozstawione jednak drgają mocno a wykonanie ruchów celowych więcéj skomplikowanych, jak np. zawięzywanie pętli przy koszuli pod szyją, dłuższego potrzebuje czasu. Przy położeniu na wznak wykonywa chory ruchy i ruchy odnogami dolnemi należycie: tak podnoszenie jak i zginanie i krzyżowanie odnóg odbywa się szybko i dostatecznie, natomiast przy zamiarze dotknięcia pewnego punktu palcami okazuje się niepewność polegająca na tém, że wpierw kilka razy odnogą cel ten ominie, a późniéj dopiero uda mu się go dotknąć. Czucie i lokalizacyja czucia prawidłowe, odruchy ścięgniste zupełnie zniesione, siła mięśniowa prawidłowa. Posadzony w łóżku pochyla się to w jednę to w drugą stronę, postawiony na ziemi rozkracza nogi, chwieje się i prawie natychmiast upada ku przodowi, trzymany na pasie pod ramionami i prowadzony rzuca odnogami, stawiając stopy potém z pewną siłą na ziemię. Mowa powolna lecz wyraźna, język wystawiony trzęsie się dość znacznie, akt połykania prawidłowy. Przytomność zupełna, inteligencyja znaczna, w dziedzinie zmysłowéj żadnych zboczeń nie ma. Chory użala się tylko na ból głowy i boku lewego. Ciepłota wieczorna 38·8° C. W ciągu dalszéj obserwacyi nie okazywała ciepłota w pierwszych 3 dniach żadnego typu wyraźnego, po upływie zaś tego czasu wystąpił wyraźny typ przepuszczający, a mianowicie wynosiła ciepłota dnia

dnia		rano		wieczorem
9	marca	38·0		39·0
10	„	37·8	„	39·0
11	„	38·5	„	38·5
12	„	37·3	„	40·2
13	„	36·8	„	40·0
14	„	37·0	„	39·3
15	„	36·6	„	39·0
16	„	36·8	„	38·5
17	„	36·8	„	33·8
18	„	36·6	„	39·6
19	„	37·0	„	39·2
20	„	36·8	„	39·5
21	„	36·8	„	37·3
22	„	37·0	„	37·1
23	„	36·8	„	37·2
24	„	36·8	„	38·6
25	„	37·0	„	37·3

Od 25 marca aż do wyjścia chorego ze szpitala nie spostrzeżono już nigdy podwyższenia ciepłoty. Nadto sprawdzono już 13 marca, że po gorączce dochodzącéj 40° następowały w nocy poty obfite na twarzy i w pachach. Utrudnione oddawanie moczu i kału utrzymywało się czas dłuższy, tak że często zachodziła potrzeba podawania olejku rycynowego lub lawatywy, a cewnikiem odprowadzano mocz aż do 20 marca, w którymto dniu po raz pierwszy chory sam mocz puścił. W dziedzinie ruchowéj uważano, iż bezład odnóg dolnych dość prędko się zmniejszał, 22 potrafił chory już jako tako stać i posuwać się, trzymając się łóżka, 25 idzie już bez podpory choć niepewnie, stać jednak z przymkniętemi powiekami jeszcze nie może, ani téż prędko się obrócić; drganie palców i języka utrzymuje się. 28 chód coraz pewniejszy, chory sam już z łóżka schodzi. 6 kwietnia chodzi śmiało, obraca się i wykonywa wszystkie ruchy dokładnie. 18 opuszcza szpital wyleczony.

Leczenie ograniczało się tylko do stósowania od czasu do czasu olejku rącznikowego lub lawatyw, do zaprowadzania cewnika i podawania wewnętrznie rozczynu siarkanu chininowego, którego wyżył chory ogółem 10 gramów. Żadnych zresztą innych leków ani zewnętrznie ani wewnętrznie nie używano.

W obec cery zimniczéj, znacznego przerostu śledziony, typowego zachowania się ciepłoty i zupełnego wyleczenia po zażywaniu chininu, nie ulega najmniejszéj wątpliwości, że główną chorobą w powyższym przypadku była zimnica, pomimo, że w dniach pierwszych ciepłota była stałą, t. j. nie okazywała intermisyj, zimnicy właściwych. Wiadomo jednakowoż, że właśnie na wiosnę częstemi są podobne przypadki w okolicach zimniczych, w których człowiek okazujący

znaczny obrzęk zimniczy śledziony dawniejszéj daty, zapada nagle wśród objawów gorączki stałéj lecz nieregularnéj, dreszczów, bólu głowy, zatrzymania stolca i t. p., mających poniekąd pewne podobieństwo do objawów duru, tak że lekarz co do rozpoznania jeszcze się waha, aż niespodziewana apyreksyja i następujące już typowe napady pouczają go, że w przypadku danym miał tylko do czynienia z nieregularną postacią zimnicy.

Drugim objawem chorobowym w przypadku powyższym były zboczenia w dziedzinie ruchowéj objawiające się bezładem ruchowym odnog dolnych, a w słabym bardzo stopniu i górnych. Że objaw ten nie był zawisłym od grubszych zmian anatomicznych w powrózkach tylnych rdzenia, t. j. że nie mieliśmy w danym przypadku do czynienia z sklerozą powrózków tylnych, w obec zupełnego braku wszelkich innych objawów chorobę tę cechujących, krótkiego czasu trwania, nagłego wystąpienia, i zupełnego wyleczenia, dowodzić nie potrzeba. Jakaż więc była jego przyczyna? Znaną jest rzeczą, że bezład ruchowy czynnościowy (*funktionelle Ataxie*) wystąpić może: 1mo na drodze odruchowéj po drażnieniu nerwów czuciowych obwodowych (w samogwałcie — Henoch), 2do w stanach niedokrewności po chorobach wyniszczających — czerwonce, biegunce, cholerze, a wreszcie 3tio w następstwie chorób zakaźnych (po płonicy — Henoch, po odrze Schepers, po błonicy — Rumpf, Langner, Berger, Leroux). O przypadku bezładu ruchowego na tle zimniczém w całéj dostępnéj mi literaturze wprawdzie wzmianki nie znalazłem, w obec faktu jednak, że sprawdzone są przypadki porażeń czynnościowych zależnych od sprawy zimniczéj, że w przypadku naszym absolutnie wykluczyć można było tak chorobę jaką zakaźną poprzedzającą wystąpienie bezładu lub przebiegającą równocześnie, a tylko stwierdzono zimnicę, że bezład ten ustąpił całkowicie po leczeniu wyłącznie tylko chininem, że odżywienie wreszcie chorego było dobrém a tenże nie okazywał bynajmniéj niedokrewności, że obserwacyja w tym kierunku poczyniona i ścisłe wywiady pozwalały na pewno wykluczyć samogwałt, nie waham się ani na chwilę, uczynić zawisłém wystąpienie bezładu ruchowego w tym przypadku od sprawy zimniczéj, a za przyczynę przypuszczalną uważam drobniutkie zatory barwikowe — tak jak je Eulenburg przypuszcza celem tłumaczenia porażeń zimniczych — czy to naczyń w tylnych powrózkach rdzenia pacierzowego, czy téż tylko w korze móżdżka. (C. d. n.).

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Ackermann (w Hali): **Tkankorództwo i histologija mięsaków.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 43)

Jakkolwiek więc badanie drobnowidowe świeżych mięsaków utwierdza nas w przekonaniu, że one nie powstają z resztek embryjonalnych komórek, tylko tak, jak przy odrastaniu tkanin z gotowych już komórek odpowiedniéj tkanki, jak tu n. p. tkanki łącznéj; jednak to wcale jeszcze nie dowodzi, że odradzanie się tkanin i tworzenie się mięsaków są identycznemi sprawami; bo mięsak nie wszędzie powstaje, gdzie przychodzi do mnożenia się komórek, tylko do jego powstania potrzeba pewnéj wrodzonéj lub nabytéj skłonności tkanek, a powtóre, że tkanka nowo wytworzona skutkiem ubytku, n. p. kostnina, nigdy nie dochodzi tak wielkich rozmiarów, jak mięsak, który rozrasta się, jak Virchow nazwał, atypowo, t. j. ponad stałe prawidła rozwoju tkanin. Drugi moment wchodzący w rachubę przy rozwoju mięsaków, t. j. drażnienie, jest o wiele mniejszéj wagi.

Że komórki mięsaków nie są niczém inném, jak zwykłemi lub powiększonemi komórkami tkanki łącznéj, nikt w obec nowszych badań dotyczących nowotworzenia się tkanek wątpić nie będzie i tak, jak komórka przybłonkowa może tylko powstać z przybłonkowéj, mięśniowa z mięśniowéj itd. tak i komórki mięsaków powstają z komórek tkanki łącznéj lub innych komórek tego samego rzędu, i to z komórek zupełnie wykształconych, nie zaś przypuszczalnych komórek między niemi się znajdujących, które niby miały stanąć na pewnym niskim stopniu rozwoju.

Rozwój mięsaków jest, jak wspomniano, w ścisłym związku z rozwojem naczyń, a szerzenie się ich w tkanki otaczające odbywa się w ten sposób, że wypuszczają małe wiązki, w których środku jest naczynie krwionośne, a tkaniny pierwotnie w odpowiedniém miejscu będące ulegają skutkiem ucisku zanikowi. Rozumie się, że łatwiéj stosunkowo nowotwór szerzy się w tych miejscach, które stawiają najmniejszy opór, a więc tkanka przestworowa i naczynia sąsiednie, podczas gdy inne tkaniny, jak mięśnie, nerwy lub gruczoły ulegają dopiero następowo uciskowi. Najlepiéj uwydatnia się znaczenie odporności tkanin w mięsakach wychodzących z okostnéj, zwłaszcza kości płaskich, n. p. mięsak wychodzący z zewnętrznéj powierzchni opony twardéj może na pozór, nienaruszywszy samych kości czaszkowych, rozwijać się na zewnętrznéj powierzchni czaszki. A. widział właśnie kilka takich przypadków, a w jednym z nich znalazł w kości, i to w miejscach odpowiadających naczyniom, podłużne smugi z komórek mięsakowych, łączące niejako nowotwór na zewnętrznéj powierzchni czaszki z nowotworem wewnątrz niéj się znajdującym. Komórki nowotworowe, rozmnażając się, wywolują następnie przez ucisk powolne wessanie tkanki kostnéj, przyczém nie zawsze widać pod drobnowidem komórki olbrzymie.

Największy opór stawia takiemu szerzeniu się nowotworu chrząstka z powodu swéj zbitości i braku naczyń, dla tego bardzo często napotykamy pośród tkaniny nowotworowéj mięsakowéj, n. p. w otoczeniu stawu kolanowego, chrząstkę stawu nienaruszoną, podczas gdy nasady kości udowéj i goleniowéj są zupełnie zniszczone i tkanką nowotworową zastąpione. Podobnie i okostna osłania niejako czasem przez długi czas kość przed wtargnięciem nowotworu, jak również powięzi i blony włókniste, jeżeli są bardzo twarde i posiadają mało naczyń; i ztąd to pochodzi téż stosunkowo mała złośliwość otorbionych mięsaków. Ale równie łatwo jak tę t. zw. miejscową złośliwość tłumaczą powyżéj opisane stosunki i złośliwość ogólną; bo cząstki nowotworu wrósłszy w naczynie krwionośne lub przestwór limfatyczny idą za prądem krwi lub limfy. A więc nie nowotwór sam przez się jest złośliwy, ale złośliwość jego zależy od wielu okoliczności, a do tych należy także szybki wzrost nowotworu i jego umiejscowienie; ztąd mięsaki o małych komórkach szybciéj rosną, bo im szybciéj mięsak rośnie, tém mniéj czasu mają jego komórki przybrać większe rozmiary, gdy mięsaki o wielkich komórkach rosną powoli, ale nie dla tego, że mają wielkie komórki, tylko dla tego, że powoli rosną mają wielkie komórki: tak przynajmniéj zapatruje się na rzecz Virchow (*Geschwülste Bd. II, S. 295*).

Komórki mięsakowe jako komórki tkanki łącznéj nie mają same w sobie własności, któreby je usposabiały do szybkiego obumarcia a jeżeli w mięsakach bardzo często zda-

rza się rozległa wsteczna przemiana i martwina, to przyczyny ich należy szukać nie w samych komórkach lecz w innych warunkach, które utrudniają ich odżywienie a do tych należy przedewszystkiém niestosunek masy nowotworowéj do krwi, która się do niéj dostaje, następnie ucisk wzajemny komórek przy szybkim wzroście nowotworu, a wreszcie przemiana, któréj ulegają naczynia starszych mięsaków, t. j. że ściany ich grubieją, a tém samém światło się zwęża. Często także widzieć można większe i mniejsze wybroczyny pośród masy nowotworowéj, co nie tylko polega na stłuszczeniu lub zwapnieniu ścian naczyń, ale także na wielkiéj wiotkości tychże. Większe wybroczyny ulegają podobnym przemianom, jak w innych fizyjologicznych tkaninach, n. p. w mózgu, t. j. prowadzą do wytworzenia pęcherzy, ztąd *cystosarcoma.*

Wreszcie i nazwę samą „mięsaków" uważa A. za niewłaściwą, bo raczéj należałoby je nazwać włókniakami a odrębne ich własności, to jest, że komórki ich prędko się mnożą i nie mają czasu zamienić się na komórki włóknotwórcze, uwydatnić osobnym przymiotnikiem, lecz nazwa ta zyskała już prawo obywatelstwa w patologii, a ponieważ więcéj chodzi o pojęcie samo, niż o jego nazwę, przeto, aby nie wprowadzać nowego zamięszania w nauce dotąd i tak chwiejnéj, jaką jest histologija, lepiéj zostawić i nadal tę samą nazwę. *(Sammlung klinischer Vorträge v.* R. Volkmann Nr. 233—234). *Dr. Otto.*

Dr. Daniłło: **Przypadek czasowéj utraty pamięci.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 43).

Zastanawiając się nad opisanym przypadkiem, autor zadaje sobie pytanie, czy nie była to symulacyja? a jeśli udawanie da się wykluczyć, to do jakiéj formy zaburzeń umysłowych należy odnieść wyżéj opisany zbiór objawów?

Symulacyja musi mieć jakiś powód; chory nie popełnił żadnego czynu nagannego, a wreszcie sam kazał się prowadzić do policyi. Dalsze spostrzeganie i badanie chorego zmusza do wykluczenia symulacyi. Z zaburzeń fizycznych zapisać należy: wadę aorty, nierówność rozszerzenia źrenic, przepuszczalność tętna, sinicę, zadyszkę i bezsenność. Do czynników psychicznych należy silne wstrząśnienie, jakiego chory doznał, dowiedziawszy się o ślubie narzeczonéj.

Opierając się na znanym pewniku, że czynniki psychiczne mają wpływ na układ naczynioruchowy, objawy zaburzeń umysłowych zaszłych u naszego chorego możemy sobie wytłumaczyć. Rzecz wiadoma, że pod wpływem pognębiającego wstrząśnienia często utraca się świadomość; opowiadanie chorego dobitnie wykazuje, że z nim zaszedł właśnie fakt podobny; on również był czas jakiś nieprzytomny, a gdy świadomość wróciła, pozostało zboczenie umysłowe, pod postacią utraty pamięci, nazw ludzi i miejscowości; podobna utrata przytomności nie powinno zadziwić u człowieka z wadą serca, i dziedzicznem usposobieniem do chorób umysłowych. Obok powszechnie dziś uznanego wpływu chorób serca na zaburzenia umysłowe, w ostatnich latach ogłosił Dr. d'Astros pracę, w któréj skupił kilka przypadków utraty przytomności i afazyi u osób nawiedzonych chorobą aorty. Więc chory ten nie był symulantem. Zastanawiając się nad sprawą jego tracenia pamięci i następnego jéj odzyskiwania, zwrócić należy uwagę na niektóre osobliwości: początkowo zapomniał on wszystko (przeszłość i teraźniejszość), pamiętając tylko o swém nieszczęściu; następnie przypomniał sobie spotkania i rozmowy, jakie zaszły w czasie jego błąkania się po mieście, a stanowczo zapomniał fakty i nazwiska, od dziecięctwa sobie znane; lecz i ten stan nie trwał długo: nabytki pracy naukowéj pamiętał już w dniu przyjęcia do zakładu, następnie przypomniał sobie wszystko, co dotyczyło jego życia z okresu późniejszego, nie mógł tylko odzyskać wspomnień związanych z początkiem jego życia duchowego (własne nazwisko, miejsce przebywania rodziców itd.). Pod wpływem bodźców zewnętrznych (kalendarz, mapa) powróciła wreszcie pamięć nazw, imion i miejsc, poczém pamięć stała się prawidłową, jaką była przed utratą.

Utrata pamięci w postępującéj amnezyi, jakto ma miejsce w ogłupieniu i ogólném porażeniu, odbywa się podług stałego prawa, mianowicie wypadki z najbliższéj przeszłości zacierają się wcześniéj, aniżeli wrażenia z dalszego okresu życia; przypuściwszy, że i odzyskiwanie pamięci odbywać się powinno w odpowiednim porządku, widzimy, że u naszego chorego przebieg objawów nie odpowiadał wskazówkom powszechnie w literaturze uznanym. Chory ten deklamował całe ustępy w własnym i obcych językach, co dowodzi zupełnéj pamięci faktów i nazw, odnoszących się do szkolnego okresu jego życia; natomiast okoliczności i nazwy odnoszące się do jego rodziny, a więc fakty i wrażenia z czasów dziecięctwa, które przez to samo winny być gruntownie utwierdzone w pamięci, zatarły się zupełnie; rzecz znana, że nawet w starczém zniedołężnieniu umysłu pamięć wrażeń dziecięctwa utrzymuje się najdłużéj.

Jakże wytłumaczyć tę odwrotną ewolucyję utraty i odzyskania pamięci u naszego chorego? Czy należy przypuścić, że istniejące prawo chronologiczności utraty i odzyskania pamięci ulega takim wyjątkom, które to prawo pozbawiają znaczenia ogólnéj zasady? Dr. Daniłło sądzi, że nie należy przypuszczać podobnéj wątpliwości, a wyjątki od ogólnego prawa tłumaczy anomaliją indywidualnéj organizacyi. Jeśli się uwzględni, że w przypadku opisywanym mamy do czynienia z utratą pamięci u człowieka z dziedzicznem usposobieniem do chorób umysłowych, uległego przytępieniu czucia moralnego, to rzecz oczywista, że ten lub drugi objaw psycho-patologiczny w przejawieniu się swém odbieży od pierwowzoru zasadniczego. Klinika dawno już zaznaczyła fakt, że u ludzi z dziedzicznem usposobieniem do chorób umysłowych rzadko spostrzegać można psychozy w klasycznych wzorach, a natomiast spotykają się najwięcéj zajmujące anomalije. W opisanym przypadku autor nietylko nie widzi zaprzeczenia prawa o ewolucyi pamięci, lecz przeciwnie znajduje potwierdzenie jego, gdyż to zboczenie prawidłowego przebiegu stwierdza poprzednio już istniejącą funkcyjonalną anomaliję mózgu. *Dr. A. Kwaśnicki.*

Leopold: **Badania nad menstruacyją i owulacyją.**

Dla objaśnienia istoty miesiączkowania i wytwarzania jajek, czyli dojrzewania i pękania torebek w jajniku, jak niemniéj dla wyświecenia stosunku, jaki między temi dwoma zjawiskami zachodzi, przedsiębrano w naszych czasach wiele badań anatomicznych, które dotychczas jednak wielu tajemnic nie zdołały jeszcze rozświecić. L. należy się uznanie, że licznemi i ścisłemi pracami w tym kierunku, przyczynił się wiele do rozwoju i postępu téj części nauki.

W niniejszéj rozprawie przedstawia długi szereg obserwacyj zdolnych przyczynić się tém więcéj do wyjaśnienia rzeczonych zagadnień, ile że wyniki oparte są na bardzo dokładnych badaniach świeżych jeszcze preparatów, które pochodziły z jajników albo nagle zmarłych kobiet, albo rękoczynem wydobytych, przyczém oba jajniki były badane, a dzień ostatniéj regularności dokładnie był znanym. Jajniki świeże, powierzchownie badane, wkładał do alkoholu,

a potém badał. Dwie tablice, na których 32 preparaty przepysznie kolorowane są przedstawione, wiele się przyczyniają do łatwego zrozumienia rzeczy.

Po opisie postępowania technicznego wyklucza nieodpowiednie przypadki i pozostawia resztę 29ciu przypadków za podstawę badania i wniosków. Główne pytanie, na które L. zamierza dać odpowiedź, jest: Jaki stosunek czasowy zachodzi między dojrzewaniem i pękaniem torebki w jajniku i wytwarzającém się ciałkiem żółtém a miesiączkowaniem?

Opis makroskopijny okazów tyczy się zawsze obu jajników i zajmuje się głównie pęcherzykami i ciałami żółtemi. Jak obfitym jest materyjał dowodzi okoliczność, że prócz 2go, 4, 17, 19, 25, 27 i 28go dnia, zresztą znajdują się preparaty z wszystkich dni między dwoma peryjodami miesięcznemi, a niektóre dni mają po dwa lub nawet po kilka okazów. Jeden okaz przez operacyję zyskany z kobiety, która ostatni raz miesiączkowała przed 35ciu dniami, wykazuje fakt nader zajmujący, iż bez nowéj menstruacyi wytworzyły się w jajniku dwa świeże ciałka żółte.

W ostatecznym wyniku tych badań przyznaje sam Leopold, że zebrany materyjał nie wystarcza jeszcze do dania ostatecznéj odpowiedzi na powyższe pytanie, wiele jednak nowych rzeczy znalazł odnoszących się do pękania pęcherzyków i wytwarzania ciałek żółtych. I tak:

1. Na okazach z wszystkich dni między dwiema miesiączkami znaleziono już to dojrzałe właśnie pęknąć mające, już to świeżo pęknięte pęcherzyki. Możnaby więc z tego wnosić, że kobieta w każdym czasie zapłodnioną być może bez wpływu bliższego lub dalszego terminu miesiączkowania.

Zajmującém jest daléj częste wydarzanie się pęcherzyków wielokomórkowych o cienkich przegrodach, czyli innemi słowy ułożenie kilku folikułów obok siebie tak, że pęknięcie mogło obejmować kilka naraz, skutkiem czego kilka jajek równocześnie wyjść mogło, co w dalszéj konsekwencyi do ciąży bliźniaczéj, potrójnéj, poczwórnéj itd. prowadzićby mogło. Wreszcie zwraca L. uwagę na tak nazwane przez siebie folikuły krwawe (*Blutfollikel*), które mocno napięte i wypełnione świeżą krwią nie pękają, lecz przechodzą wsteczną metamorfozę, coby w związek wprowadzić można z pewną formą boleści śród miesiączkowania (*Dysmenorrhea ovarialis*).

2. Trudno w krótkości zdać sprawę z nadzwyczaj zajmującéj części téj pracy traktującéj o ciałkach żółtych. L. rozróżnia dwa rodzaje ciałek żółtych, t. j. typowe, które powstają po pęknięciu pęcherzyka podczas miesiączkowania i atypowe, które powstały po pęknięciu pęcherzyka poza miesiączką. Jednak badania L. wykazują, że mimo odbytéj regularności może nie wytworzyć się świeże ciałko, jak niemniéj, że mimo braku regularności powstać czasem może ciałko typowe. Ztąd wniosek, że może odbyć się menstruacyja bez owulacyi, jak niemniéj owulacyja bez menstruacyi. Na podstawie tych obserwacyj podaje w końcu L., że regularność jest typowém zjawiskiem organizmu kobiecego, mającém swoje źródło w jajnikach a wyraz zewnętrzny w macicy. Jest ona zjawiskiem należącém do rzędu innych zjawisk żywotnych peryjodycznych, jak np. tętno i oddechanie, których rytm etyjologicznie dotąd tak jest niewytłumaczonym jak i rytm czterotygodniowéj regularności. Co do stosunku czasowego między menstruacyją a owulacyją, orzeka L., iż pęcherzyki pękać mogą i pękają rzeczywiście w każdym czasie, najczęściéj jednak podczas regularności z przyczyn anatomicznych pod wpływem miejscowego przekrwienia. (*Arch. f. Gynäk.*, XXI, 3). *Dr. Kohn.*

Vossius: **O stósowaniu jodoformu w okulistyce.**

(Z kliniki okulistycznéj prof. Jacobsona w Królewcu).

Skutkiem gorącego zalecenia jodoformu przez Grossman a i Priestley-Smitha przeciw śluzotokowi rzeżączkowemu zastósowano ten środek w 3ch przypadkach tego cierpienia, które się równocześnie w klinice królewieckiéj znajdowały, ale musiano go już nazajutrz zaniechać, ponieważ obrzmienie powiek i spojówki jakotéż wydzielina tak się wzmogły, że ropa, która poprzednio zbierała się tylko w worku spojówkowym, spływała na policzek a wrzód zniszczył prawie całą rogówkę jednego oka, utworzył się zaś na drugiéj rogówce. Wypadało więc przejść do używania azotanu srebrowego, skaryfikacyj i lodowych okładów, za pomocą których udało się jaki taki wzrok uratować. Równie niedostateczném okazało się działanie jodoformu przeciw śluzotokowi u noworodków, w którego leczeniu nie zdołano obejść się bez azotanu srebrowego, skaryfikacyj i okładów lodowych. Co się tyczy jaglicy i łuszczki, autor nie może w ogólności zapisać działania pomyślnego, tylko w niektórych przypadkach jaglicy ostréj spostrzegał ustępowanie naczyń i wyjaśnianie się rogówki, mianowicie zaś znikanie bólów, ale w licznych przypadkach tego rodzaju następowało pogorszenie, które zmuszało do zaniechania tego środka po jednorazowém zastósowaniu. Jeżeli jodoform działa pomyślnie w przypadku łuszczki jaglicowéj, stwierdzić to można zaraz po pierwszém zastósowaniu. W tych przypadkach występowało niekiedy pod wieczór nieco zaczerwienienia i pieczenia w oku. Prócz tego próbował V. jodoformu w zapaleniu spojówki pryszczykowém, w łuszczce pryszczykowéj, w zapaleniu rogówki miotełkowém i miąższowém, przeciw naciekom rogówki i zapaleniom powierzchownym twardówki, ale we wszystkich tych cierpieniach nie widział działania korzystnego. Uderzająco pomyślnym natomiast był skutek w leczeniu wrzodów rogówkowych, a to tak otrętwiałych jak i zapalnych, w szczególności zaś pełzających (*ulcus serpens*). W ogólności leczono 90 przypadków wrzodów rogówkowych. Z tych 4 było gnuśnych u małych zawiędłych dzieci, u których prawie cała rogówka była owrzodziałą aż do najgłębszych warstw miąższu, tak, iż każdéj chwili obawiać się należało przedziurawienia. Po zastósowaniu jodoformu i opaski uciskowéj oddzieliły się żółte nacieki dna i brzegów w kilku dniach a wrzody pogoiły się najpoźniéj w 14 dniach bez przebicia rogówki. Równie pomyślne były wyniki w 50 przypadkach prostych zapalnych wrzodów, pomiędzy któremi niektóre były bardzo rozległe i głębokie. Przypady zadrażnienia ustępowały szybko, sprawa chorobowa ograniczała się równie szybko a po kilku dniach rozpoczynała się regeneracyja, co było hasłem do zaniechania jodoformu. Jeżeli towarzyszyło silne przekrwienie tęczówki zapuszczano atropin przed zasypaniem jodoformu. Ale najświetniejsze skutki odnoszono z jodoformu w wrzodach pełzających, których leczono 36 przypadków. W 3 z nich musiano dno wrzodu rozpłatać sposobem Saemischa, w dwóch z tych rozszerzyła się sprawa mimo rozpłatania i jodoformu na całą rogówkę i dała powód do powstania garbiaka, który zmusił do wyłuszczenia gałki ocznéj. Z pozostałych 34 chorych osiągnięto u 32 za pomocą jodoformu nadspodziewanie pomyślny wynik. Uderzało mianowicie, że blizny pozostające po zagojeniu się były znacznie mniejsze i bardziéj przeźroczyste aniżeli po jakiémkolwiek inném leczeniu. Skuteczność

miałkiego proszku i maści okazała się równą, pierwszeństwo dawano jednak proszkowi a zastępowano go maścią, jeżeli proszek sprawiał niemiłe tarcie. Lżejsze przypadki leczono w klinice ruchoméj a tylko w najcięższych trzeba było zalecać leżenie w łóżku. Ból dokuczliwy folgował lub ustępował zupełnie zaraz po pierwszém zastósowaniu jodoformu a razem z nim zmniejszało się łzawienie, światłowstręt, nastrzykanie i obrzmienie spojówki gałkowéj. Ropienie ograniczało się już w pierwszych dniach po zasypywaniu, dno i brzegi wrzodu czyściły się szybko, ropa nagromadzona w komórce przodkowéj niekiedy bardzo obficie znikała wkrótce a odradzanie się rogówki robiło szybkie postępy.

Prócz tego stósowano jodoform z pomyślnym skutkiem w przypadkach obrażeń rogówki i spojówki, po wydobyciu ciał obcych z rogówki, po operacyjach skrzydlika i po wyłuszczeniu gałki ocznéj. (*Graefe's Archiv f. Ophthalmol.* XXIX 1). *Rydel.*

Deutschmann: **Dalsze doświadczenia nad jodoformem.**

Nawiązując do dawniejszego sprawozdania swojego (patrz Przegl. Lek. Nr. 27 z r. 1882) podaje autor, że w klinice okulistycznéj gietyngskiéj stosują jodoform jako środek zapobiegawczy, przeciwgnilny po wszystkich operacyjach, mianowicie także po wszystkich operacyjach zaćmy. Wyniki zachęcają do dalszych doświadczeń, ale wypowiedzenie ostatniego słowa o skuteczności jodoformu w porównaniu z dawniéj używaném zapuszczaniem rozczynu kwasu borowego i karbolowego zachowuje sobie autor na późniéj. Co do jego użyteczności w leczeniu ropnego zapalenia rogówki z zebraniem ropy w komórce przodkowéj (*Hypopyon-Keratitis*) to dalsze doświadczenia nie zawiodły zaufania dawniéj wypowiedzianego, jakkolwiek wydarzają się pojedyńcze przypadki niepomyślnego zakończenia sprawy. Usilne zachwalanie jodoformu przez angielskich okulistów przeciw śluzotokowi skłoniły do ponownych doświadczeń w licznych przypadkach tego cierpienia u noworodków, a to w ten sposób, że jedno oko leczono jodoformem, drugie zaś za pomocą azotanu srebrowego. Porównanie skutków leczniczych wypadało zawsze tak dalece na korzyść azotanu srebrowego, że ze względów na dobro chorych odstąpiono od dalszych doświadczeń. To samo tyczy się jaglicy. Po licznych doświadczeniach porównawczych musiano stanowczo przyznać wyższość azotanowi srebrowemu i siarkanowi miedziowemu. Mimo to jodoform znajduje zastosowanie w pewnych okresach tego cierpienia, w których oko ani azotanu srebrowego ani siarkanu miedziowego nie znosi, a użycie tych środków świeże nacieki rogówki wywołuje. W takich razach jodoform okazał się skutecznym przeciw cierpieniu rogówki nie działając szkodliwie na spojówkę. W końcu wspomina D., że w licznych przypadkach śluzotoku woreczka łzowego przekonał się o zbawienném działaniu jodoformu. Po przecięciu przewódki łzowéj i probierczém wprowadzeniu grubego zgłębnika z guzikiem oliwkowatym (według najnowszego wzoru Bowmana) wprowadzał on gruby zgłębnik pusty do woreczka łzowego i wdmuchiwał do niego za pomocą balonika gumowego pewną ilość miałkiego jodoformu. Skutek bywał bardzo pomyślny, do zupełnego wyleczenia bowiem wystarczało zazwyczaj 4- do 5krotne wdmuchnięcie ponawiane z początku co 3, późniéj zaś co 6 do 8 dni. (*Graefe's Archiv f. Ophthalm.*, XXIX, 1). *Dr. Rydel.*

Wiadomości pomniejsze.

(γ) **Cotoina i paracotoina** są to dwa mało dotąd znane środki lekarskie, co do których Albertoni podał obecnie kilka nowych szczegółów (*Archiv f. exp. Path. u. Pharm.* Wrzesień 1883). Ośm lat temu przywieziono po raz pierwszy do Anglii korę *coto-coto* z Boliwii, co do pochodzenia nic więcéj o niéj nie wiedziano. Opisano dwa gatunki téj kory: *coto* właściwe i *paracoto*. Skład chemiczny kotoiny, dzielnego składnika kory *coto*, przedstawia formułka C_{22}, H_{18}, O_6. Podług Burkarta podskórne wstrzykiwania z jednego grama kotoiny pozostały u królików bez skutku. Pribram sądzi, że ta istota posiada przymioty przeciwgnilne i zaleca używanie jéj w małych dawkach w niektórych przypadkach biegunki u dzieci. Albertoni utrzymuje, iż często powtarzane małe dawki zwiększają apetyt u zdrowych, nie sprawiając nieprzyjemnych uczuć i zatwardzenia. Przy doświadczeniach z podskórnemi wstrzykiwaniami i wstrzykiwaniami do żył rozczynów alkalicznych kotoiny, jakie robiono na królikach i psach, nie wystąpiły żadne uwagi godne objawy. Środek ten nie wywiera też żadnego wpływu na proces trawienia. Jest nierozpuszczalnym w soku żołądkowym i przechodzi niezmieniony do kiszek. Nie ulega wątpliwości, że zostaje pochłoniętym i wydzielany bywa z moczem jak się o tém Albertoni na samym sobie przekonał. Cechującemi kotoinę są żółte zabarwienie z alkalijami, czerwone z kw. azotowym, brunatno-żółte z kw. siarkowym. Czyniono też badania w celu wykrycia wpływu, jaki kotoina może wywierać na procesy rozkładu czy to w przewodzie pokarmowym czy też po za ustrojem. Biorąc wydzielanie indolu za wskazówkę wykryto, że podczas stosowania tego środka fenol nie znika z moczu. Niemniéj Burkart i Pribram mają słuszność twierdząc, że w przypadkach biegunki wśród użycia kotoiny ilość indykanu w moczu zmniejsza się. Albertoni jednak zaprzecza, jakoby to było skutkiem wyleczenia choroby kiszek. Z innych doświadczeń wynika, iż kotoina nie jest w stanie przeszkodzić gniciu w rozwoju bakteryj bądź w ustroju bądź też po za nim. Wstrzykiwania rozczynów kotoiny do żyły szyjnéj i inne doświadczenia okazały, iż kotoina może sprawić rozszerzenie naczyń brzucha. Dotychczas nie znaliśmy środka, któryby posiadał podobny wpływ na naczynia otrzewny i kiszek. Salvioli znalazł, że przy sztucznéj cyrkulacyi nastoju makowcowego wzmaga się ilość krwi w kiszkach. Mosso wspomina, iż chloral wywiera podobny wpływ na krążenie w nerkach. Rozszerzenie naczyń włosowatych w ostatnich dwóch przypadkach zdaje się pochodzić od porażenia warstwy mięśniowéj. W rzeczy saméj makowiec i chloral zmniejszają parcie krwi, a po niejakim czasie krążenie krwi może ustać. Parakotoina jest słabszą kotoiną co do fizyjologicznego działania. Albertoni znalazł, iż pod względem terapeutycznym kotoina ma pewną wartość w przypadkach biegunki jakie się zdarzają w różnych przypadkach chorób umysłowych, w długotrwałym nieżycie kiszek, w czyszczeniach towarzyszących stanom wyniszczenia, w rozwolnieniach towarzyszących pelagrze, suchotach i chorobie angielskiéj. Kotoina jest przeciwwskazaną w stanach znacznego przekrwienia kiszek i tam gdzie istnieje skłonność do czernicy. Dawki większe (od 15 do 20 centygr. dziennie) mają być skuteczniejsze od mniejszych. Można przepisywać proszek w kapsułkach lub w zawiesinie z gumą itd. lub też rozczyn w węglanie sodowym z wodą i gliceryną. Fronmüller sądzi, że po użyciu tego środka zmniejszają się rozpływne poty u suchotników. Parakotoina działa podobnie ale o wiele słabiéj niż kotoina. Zalecają też mięszaninę *Magisterium bismuti* z kotoiną jako środek szczególnéj wartości. (*The Lancet* 1883 II, Nr. 16).

(γ) **Dyfteryja i płonica.** Pytanie co do identyczności jadu dyfteryi i płonicy było i jest przedmiotem wielu badań i wszystko, co się odnosi do téj kwestyi, zasługuje na uwagę. Ciekawy przykład sposobu, w jaki te choroby czasem obok sie-

bie istnieją i zmieniają się między sobą, podał H. W. Power w sprawozdaniu o panowaniu chorób zakaźnych w Whitstable. Dyfteryja wybuchnęła tamże w październiku 1880 r. i trwała aż do stycznia roku następnego. Wkrótce po jéj wystąpieniu pojawiła się płonica, a obie choroby istniejąc obok siebie dotykały jednocześnie różnych członków jednéj i téj saméj rodziny. Dyfteryja zaczęła znikać, kiedy szkarlatyna rozszerzyła się i przybrała niezwykle groźne rozmiary. Około połowy roku 1881 płonica zmniejszyła się a dyfteryja [czasem groźna pojawiła się na nowo; a po zupełném zniknięciu płonicy z początkiem roku 1882 dyfteryja rozszerzyła się w całéj grozie i trwała srożąc się z większém lub mniejszém nasileniem przez cały rok. Przez ciąg tych różnych powrotów niejednemu z praktyków nasuwały się trudności w rozpoznaniu obu tych chorób. Zdarzały się przypadki ostrego zajęcia gardła połączone z wyraźną wysypką a zupełnie bez wypocin w gardle, w których mimo to nie pokazywała się w żadnym okresie choroby lub ozdrowienia jakakolwiek skłonność do łuszczenia, jakie zwykle po płonicy nastaje. Ośm lub dziesięć lat temu spostrzegano w Whitstable bardzo podobne zachowanie się tych chorób, dyfteryja była wyjątkowo niepomyślną a równocześnie towarzyszyła jéj płonica z również niepomyślnym przebiegiem. Dr. Power wstrzymuje się od uwag co do tego osobliwego zachowywania się tych chorób, już same fakta jednak są nader ciekawe. (*The Lancet*, 1883, II. Nr. 9).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo Lekarskie galicyjskie.

Posiedzenie zwyczajne Sekcyi lwowskiéj z dnia 7 lipca 1883.

Przewodniczący kol. Krówczyński. Członków obecnych 16.

1) Odczytano odezwę Komitetu jubileuszowego Sobieskiego wzywającą do zbierania składek.

2) Kol. Gostyński przedstawia ganglion, które przed 14 dniami wyjął u starszéj osoby i nadmienia, że po operacyi w kilka dni wystąpiły objawy szału u téj osoby, które tłumaczy działaniem gazy jodoformowéj.

3) Kol. Schattauer przedstawia 2 chorych ze stopą szpotawą: 8-letniego chłopca i $4^1/_2$-miesięczne dziecko ze stopą szpotawą na obu nogach. U obu chorych na lewéj stopie wykonał już operacyje, i dziś przedstawiają się stopy prawidłowo. Przy téj sposobności opowiada historyję operacyi stopy szpotawéj. Następnie okazał prelegent materyjał drzewny *(Holzstoffcellulose)*, którego asystent prof. Brunsa używa do opatrunku przeciwgnilnego.

4) Kol. Bylicki okazuje narzędzia: *a)* flaszeczkę Fritscha do robienia wody karbolowéj o dowolnym składzie; *b)* Kateter Bosmana, przez Fritscha poprawiony, do wypłukiwania macicy; *c)* Skrobaczkę irygacyjną. Prelegent opowiada sposób ich użycia i wskazania do ich użycia. Kol. Strojnowski w 2 przypadkach używał skrobaczek irygacyjnych i dla dobrych zalet poleca je.

5) Kol. Bylicki opowiada historyję zaszłéj śmierci po porodzie u pani N. N., wywołanéj znacznym krwotokiem wewn. do jamy brzusznéj. Przypadek ten opisze w Przeglądzie Lekarskim. W rozprawie nad tym przedmiotem opowiada kol. Strojnowski, że w całéj literaturze, jaka mu tylko przystępną była, nie znalazł podobnego przypadku. Doglądał 3ch porodów u kobiet z *cystovarium* i nigdzie nie spostrzegł podobnego stanu; *hematokele* wyklucza z powodu, że chora ta przebyła poprzednio 7 porodów i ani razu nie powstało zapalenie otrzewny. Kol. Schattauer uważał w tym przypadku pęknięcie żylaka, z którego krew wylewała się między blaszki więzadła szerokiego do jamy brzusznéj.

6) Kol. Merunowicz opisał wystawę higijeniczną w Berlinie, z któréj co tylko powrócił. Dokładne sprawozdanie z wystawy ogłosi drukiem.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Pawlikowski.*

VI. O szpitalach w Londynie.

Londyn, 24go września 1883.

Londyn posiada przeszło pięćdziesiąt szpitali, nie licząc prywatnych domów zdrowia, zakładów ortopedycznych, których jest olbrzymia liczba. Ponieważ miasto szybko się zabudowywało w ostatnich dziesiątkach lat, przeto nawet szpitale, dawniéj za miastem położone, dziś znajdują się w bardzo ludnych częściach tegoż; do liczby takich należy i znany w Europie szpital dla suchotników w Brompton (*Consumption-Hospital*). Przeważna liczba największych szpitali londyńskich datuje początek swój od lat kilkudziesięciu, stu lub kilkuset; najstarsze szpitale są w ogólności i najpopularniejszemi, komfort sanitarny w wielu z nich o tyle był zastosowany, o ile przebudowywanie gmachów starych na to pozwalało. Centralne urządzenia opałowo-wentylacyjne zastosowane w kilku tylko szpitalach. Każdy większy szpital ogólny przedstawia zarazem szkołę lekarską. Służba zdrowia i personal szkół stanowią: lekarze [1]) i chirurgowie, konsulenci *(consulting-surgeons)*, lekarze szpitala i chirurdzy szpitala, lekarze asystenci, chirurdzy asystenci, chirurdzy dentyści, lekarze rezydenci i chirurgowie rezydenci, chloroformiści, demonstratorowie, kurator muzeów, biblijotekarz, sekretarz szpitala i sekretarz szkoły lekarskiéj. Tak zwanych „lekarzy naczelnych“ lub *Chef de Clinique* nie ma w Londynie. W korespondencyi niniejszéj ograniczamy się do opisu kilku największych i najbardziéj znanych szpitali posiadających przytém szkoły lekarskie.

Szpital św. Tomasza (*St. Thomas Hospital*) jest najokazalszym ze wszystkich w Londynie i bezwątpienia należy do najokazalszych na świecie. Front pierwszego pawilonu wychodzi na ulicę Westminster-Bridge Road, cały zaś szpital rozciąga się nad Tamizą (nawprost parlamentu), z jednéj strony będąc rzeką odgraniczony, z drugiéj wychodząc na ulicę Palace-Road, od któréj kilka wejść prowadzi do rozmaitych pawilonów zakładu. Niektóre dane historyczne wykazują, iż szpital św. Tomasza istniał już w trzynastym wieku. W 15ém stuleciu rozszerzony został staraniem przeora Bermondsey, ówczesnego przeora zakładu; następnie przyczynił się do rozwoju jego Henryk VIII przeznaczywszy dlań znaczny zasiłek pieniężny. W szóstym dziesiątku wieku XVI. (za króla Edwarda) znowu nadano szpitalowi obszerniejszą organizacyję i nazwano go na pamiątkę pomienionego monarchy „*Kings Hospital*“ (nazwisko św. Tomasza, które posiadał zakład od chwili powstania swego, zachowano również). W téj epoce szpital przeznaczony był do przyjęcia 260 rannych żołnierzy, oraz dla ślepych i kalek. W czasie wielkiego pożaru londyńskiego w r. 1666 szkody poniósł on nieznaczne. Dalszy rozwój zakładu datuje się od początku bieżącego stulecia, kiedy wzbogacony został ofiarą pieniężną Sir Roberta Claytona, którego posąg zdobi tylny dziedziniec dzisiejszego budynku. W latach 1833 i 1839 rozszerzono znowu szpital.

Pierwsza wzmianka o biblijotece szpitala datuje się od r. 1561, właściwy zaś początek szkoły lekarskiéj datuje się od zeszłego stulecia, jak o tém świadczą niektóre rozporządzenia dotyczące wykonywania sekcyj za pozwoleniem intendenta zakładu, dotyczące liczby asystentów przy chirurgach itp. W r. 1781 założono szkołę anatomiczną, a jednym z pierwszych w niéj profesorów był znakomity Astley Cooper.

[1]) Żywioł chirurgiczny w ogólności przeważa w szpitalach londyńskich.

W tym też czasie powstało pokaźne muzeum anatomiczne szpitala.

Od chwili założenia do r. 1862 szpital znajdował się w okolicy mostu zwanego London Bridge. W r. 1868 założono kamień węgielny dzisiejszego gmachu, który w r. 1871 uroczyście otwarty został przez królowę dla użytku chorych.

Urządzenie wewnętrzne szpitala odpowiada w znacznym stopniu wspaniałéj postaci zewnętrznéj. Szpital posiada sześć pawilonów przeznaczonych do przyjęcia pacyjentów, nadto jeden dla administracyi i jeden dla szkoły lekarskiéj. Pawilony, jakkolwiek połączone są ze sobą na parterze za pomocą szerokich korytarzy, zresztą stanowią zupełnie oddzielne budynki. Cztery sale znajdują się na parterze, reszta na pierwszém, drugiém i trzeciém piętrze.

Korytarze posiadają kamienną posadzkę. Wszystkich łóżek w zakładzie jest 572; z téj liczby około 180 przeznaczone są dla przypadków terapeutycznych, 230 dla chirurgicznych, reszta dla chorób kobiecych, wenerycznych, oraz dla chorób oczu; nadto istnieje sala dziecięca, do któréj przyjmują się dzieci do 6 lat włącznie, wreszcie odosobniony pawilon dla chorób zakaźnych.

Sale są nader obszerne; na jedno łóżko przypada 1.800 stóp sześciennych przestrzeni, w pawilonie zaś chorób zakaźnych po 2.500 stóp sześciennych na łóżko. Są one umieszczone w odstępach pomiędzy dwoma oknami. Okna te są nawprost przeciwległe sobie i wentylacyja odbywa się przez otwieranie górnych ich części. W każdéj sali znajdują się stoły wielkie z odczynnikami chemicznemi i mikroskopami. Przy urządzaniu sal dbano też do pewnego stopnia o warunki estetyczne, przyjemne wrażenie na umysł chorych wywierające; ściany, jak zresztą we wszystkich szpitalach Londynu, upiększone są obrazami akwarelowemi oraz ozdobném pismem drukowanemi cytatami z biblij, których przedmiotem jest pociecha cierpiącym; osobliwość szpitala tego stanowią pianina w salach; w każdą niedzielę siostry odgrywają na nich hymny.

System opału centralny. W piwnicy znajduje się kocioł olbrzymi zużywający dziennie 45.000 galonów wody. Od kotła rozchodzą się rury trzy i pół cala średnicy mające po całéj piwnicy a ztamtąd cieńsze rozgałęzienia przechodzą do wszystkich sal i kurytarzy, i w niektórych miejscach tworzą zwykłe piece ogrzewające wodą gorącą.

Kuchnia nie otrzymuje wody ani pary z kotła centralnego, ale posiada własny kocioł, z którego przechodzą do rozmaitych oddziałów wielkiego pieca żelaznego para i woda wrząca.

Waterklozety posiadają tę cechę korzystną, iż ścianki zbiornika są prostopadłe, tak iż płyny o wiele łatwiéj ściekają niż w zbiornikach postać ostrokręgu mających; nadto połowa zbiorników jest niezmiernie gładka; przytém zbiornik posiada zawsze pewną ilość wody, albowiem ta napływa nie przy pociąganiu antaby mechanizmu a przeciwnie wówczas, gdy ta opada. W ogólności waterklozety w szpitalu tém lepiéj się przedstawiają niż wszystkie odmiany, jakie mogłem zauważyć na wystawie higijenicznéj w Berlinie [1].

Szpital posiada dwie sale operacyjne. Są to wielkie amfiteatry, mające u góry pewną liczbę okien okrągłych jednoszybowych. We środku szklanéj kopuły zastępującéj sufit zwiesza się wielka rura wentylacyjna; w jednem miejscu przy ścianie znajdują się krany od ciepłéj i zimnéj wody. Obok sali operacyjnéj w bezpośredniéj z nią komunikacyi znajdują się: gabinet dla lekarza oraz drugi do chloroformowania. Pacyjentów więc wnoszą do sali operacyjnéj już zachloroformowanych, tak iż na uśpienie nie traci się czasu, gdy kilka operacyj następuje jedna po drugiéj, jak to się zwykle zdarza. Te sale operacyjne, największe i najokazalsze w Londynie, ustępują wszakże pod pewnemi względami pięknéj sali operacyjnéj znajdującéj się w nowym zakładzie klinicznym dla chorób chirurgicznych w Berlinie. Posadzka tam jest kamienna i niezmiernie gładka, od urządzeń wodociągowych przechodzi rura gumowa, za pomocą któréj można zmyć w ciągu kilkudziesięciu sekund całą posadzkę, poczém woda ścieka w jednéj chwili przez zasłonięty siatką żelazną otwór we środku posadzki. Znajduje się tam téż naczynie bez dna połączone za pomocą rury z piwnicą i przeznaczone do przyjęcia zużytych opatrunków i zanieczyszczonéj bielizny. Wreszcie wielką dogodność sprawiają szuflady w pierwszym rzędzie ławek amfiteatru od zewnątrz umieszczone i zawierajace komplety narzędzi chirurgicznych.

Wracając do szpitala św. Tomasza nadmienimy jeszcze, że rocznie przebywa tam około 4.000 chorych, około 2.000 położnic, a nadto 20.000 przychodzących chorych otrzymuje poradę. Przytém szpital przedstawia zarazem rządową stacyję wakcynacyjną.

Szkoła lekarska posiada wielką salę sekcyjną, pracownie: chemiczną i fizyjologiczną, oraz dość bogate muzeum anatomiczno-patologiczne.

Szpital św. Bartłomieja *(St. Bartholmew's Hospital)* należy do najstarszych i największych w Anglii i wsławiony jest wykładami i praktyką Harveya, Potta, Lathama, Abernetyego. Położony on jest w środkowéj części miasta, w bardzo ładnéj okolicy „City,“ zwanéj Smithfield, naprost wielkiego rynku i jatek, oddzielonych od szpitala wielkim skwerem.—Dla zwiedzających Londyn lekarzy obcych szpital ten posiada o tyle ważne znaczenie, iż regularne uczęszczanie do szkoły lekarskiéj na wykłady dozwolone jest bezpłatnie za okazaniem dyplomu, podczas gdy w innych szpitalach dość drogo kosztuje.

Szpital św. Bartłomieja założony został w r. 1123 przez Rahera, minstrela Henryka I, (Raher założył klasztor i szpital tego nazwiska). Po zniszczeniu klasztorów przez Henryka VIII za prośbą Greshama, ówczesnego lorda majora Londynu, odbudowal król w r. 1544 szpital i obdarzył go ze skarbu swego; wówczas zawierał zakład 100 łóżek, a personal medyczny składał się z jednego lekarza i trzech chirurgów. Zarząd szpitala powierzony był głównemu chirurgowi Henryka VIII (tenże chirurg Thomas Vicary piastował pomienioną godność i pod następnymi monarchami: Edwardem VI, Maryją i Elżbietą oraz był autorem pierwszego

[1] Muszę tu wspomnieć o waterklozetach w szpitalu Brompton jako o urządzeniach, które jeżeli nie w każdym szpitalu w ogólności za nieocenione mogą być uważane, to w Polsce tém bardziéj, albowiem biedniejsze klasy u nas do tego stopnia nie zwracają uwagi na porządek i czystość, iż najłatwiejszych manipulacyj dla utrzymania takowéj unikają. Waterklozety i pisoary w szpitalu Brompton mogą być utrzymane w porządku bez wszelkiego udziału woli korzystających z takowych, a to za pomocą bardzo prostego i zresztą dość znanego inżynierom mechanizmu. Klapy waterklozetów połączone są za pomocą sztab i zawias z drzwiami, przy otwieraniu których odkrywają się otwory zbiornika i woda szybko i obficie spłukuje nieczystości. Pisoary są fajansowe. Zamiast podłogi w miejscu gdzie znajdują się one, istnieje krata żelazna, która pogłębia się pod wpływem ciężaru ciała; otwiera się przytém rura wodociągowa i woda płynie tak długo, jak człowiek stoi na kracie (w rodzaju znanych urządzeń Prysznica).

dzieła o anatomii w języku angielskim wydanego pt. „*The Englishmans Treasure.*") Harvey, znany na całém świecie z odkryć w dziedzinie fizyjologii krążenia, został lekarzem szpitala św. Bartłomieja w r. 1609 i pełnił obowiązki w ciągu lat 33ch wywierając rozporządzeniami swemi wpływ na całą administracyję szpitala. Początek szkoły lekarskiéj datuje się od r. 1662; w osiemnastym i na początku bieżącego stulecia do rozwoju jéj najwięcéj przyczynili się znani w całym świecie lekarze: Abernethy, William, Pitcairn, Brodie i Lawrence. Rozwój pracowni i muzeów szpitala datuje się od połowy bieżącego stulecia. (Dok. nast.).

Z wystawy higijenicznéj w Berlinie.

Berlin 1 Października 1883.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43).

Grupy od siódméj do dwunastéj włącznie stanowią dział drugi. Z tych grupa siódma poświęcona ubiorowi i pieczy o skórę odznacza się tém, że zawiera wiele przedmiotów zupełnie na wystawie higijenicznéj zbytecznych. I co do téj grupy wypada mi powtórzyć to, co powiedziałem o drugiéj, reklama zanadto się tu rozgościła, zupełnie niepotrzebnie dopuszczono wielu wystawców, którzy skorzystali ze sposobności popisania się swemi wyrobami, chociaż takowe zupełnie nie kwalifikują się na wystawę higijeniczną. Dawniejsi higijeniści wiele zajmowali się sprawą zdrowego ubioru i wiele pod tym względem spisano dzieł, były czasy gdy nawet przepisami policyjno-lekarskiemi starano się wolność indywidualną w tym względzie ograniczyć. Wszystko to jednak w obec wszechwładnéj pani, jaką była i jest moda, okazało się bezskutecznem. W środku głównego gmachu wystawy berlińskiéj zdawać się może, żeśmy się znów do tych czasów wrócili, tyle tu rzeczy ubioru dotyczących, że można zupełnie zapomnieć, iż się jest na wystawie higijenicznéj. Trudno nawet zrozumieć, dla czego niektóre rzeczy znalazły tu pomieszczenie, z trudnością przychodzi w téj obfitości przedmiotów wyszukać rzeczy ciekawsze.

Habent sua fata libelli, powiedział Terentius Maurus, ale i badania naukowe mają swe czasy i w higijenie i w jéj działach leżą niektóre pola długi czas odłogiem, aż znajdą swego specyjalistę, który się niemi zajmie z upodobaniem, za nim zaś pójdą inni i wkrótce w literaturze pojawią się nieraz stosy książek o tym przedmiocie, który po niejakim czasie ustępuje pola innemu. Był np. czas, w którym pisano i pisano o szkodliwości gorsetów, wywodzono z nich wiele chorób, przypisywano im wszelkie złe skutki, a dziś nikt nie poczytuje odpowiednio dobranych gorsetów za zgubne dla zdrowia, a wielu nawet uważa je za konieczne. Obecnie na porządku dziennym staje sprawa higijenicznego obuwia. Niektórzy badacze, niejako specyjalnie, badania swe temu poświęcają przedmiotowi, np. prof. anatomii w Uniwersytecie zurychskim Meyer, który od dawna zajmuje się higijeną nóg i obuwia. Na ten sam przedmiot zwrócił též uwagę przed kilku laty major wojsk szwajcarskich Salquin i niedawno przyszło nawet do sporu między obu badaczami o pierwszeństwo myśli, w którymto sporze Meyer odniósł palmę, okazało się bowiem, że już w r. 1858 wydał broszurkę pod tyt.: *Die richtige Gestalt der Schuhe.* Odtąd aż do téj chwili bada on tę sprawę wytrwale; na pozór wydaje się ona może małoznaczącą, ale wątpliwości nie ulega, iż źle zrobione obuwie staje się powodem długotrwałych i przykrych cierpień. Z drugiéj strony znów za daleko może niektórzy posuwają swój zapał w obwinieniu złego obuwia. Na wystawie berlińskiéj nie mniéj jak przeszło 40 wystawców wzięło udział w tym dziale, między nimi rozumie się Meyer i Salquin, wystawiając odlewy gipsowe nóg ze zboczeniami postaci w skutek nieodpowiedniego obuwia, kopyta szewskie odpowiadające warunkom higijenicznym, oraz już gotowe obuwie. Do rzędu za daleko może w téj sprawie idących zaliczyć wypada Dra Vötscha, mieniącego się specyjalistą dla cierpień nóg, który wystawił atlas z nie mniéj niż 97 tablicami, na których przedstawiono różne zboczenia, do jakich może dać powód niestosownie dobrane obuwie, równie jak i wystawę skarpetek z palcami na wzór rękawiczek; każdy jednak przedmiot miewa swych ekscentryków.

Inne części ubioru także znajdują się na wystawie w znacznéj ilości. Między innymi nie omieszkał skorzystać ze sposobności okazania ubiorów wedle swych zasad sporządzonych prof. Jäger ze Stuttgardu, którego imię powszechnego nabyło rozgłosu od czasu, gdy na jedném ze Zjazdów lekarzy i przyrodników niemieckich miał demonstrować duszę. Co do ubioru jest on zdania, że człowiek winien nosić tylko czysto wełniane ubranie. Zapatrywanie to jego nie znalazło dotychczas zwolenników pośród innych lekarzy higijenistów, równie jak sprawa poruszona przed kilku laty przez jego brata, iż ze sal szkolnych należałoby ławki usunąć, uczniowie zaś powinni przy nauce stać przy pulpitach. Różni fabrykanci powystawiali piękne okazy gorsetów i sznurówek dla osób dotkniętych różnemi chorobami, świadczące o coraz większym rozwoju bandażownictwa i o tém, że dziś nawet w chorobach wewnętrznych chcą niektórzy leczenie ortopedyczne stosować, widzieliśmy bowiem gorsety dla dotkniętych gruźlicą, rozedmą płuc itd. Do tego též działu zaliczono wystawę chemicznéj pralni Grunera, noszącéj nazwę Judlina. Liczba nieszczęsnych przypadków i pożarów przez zajęcie się sukien, firanek i tym podobnych łatwo zapalnych przedmiotów jest, jak wiadomo, bardzo znaczną, wielkiéj więc wagi byłoby wykrycie środka, którym napojone przedmioty nie zajmowałyby się w styczności z ogniem. Środek taki wystawiła rzeczona pralnia; przedmioty nim napojone jak suknie, wiory, obicia, firanki, mimo ciągle obok nich utrzymywanego ognia, nie zajmowały się. Ten sam zakład wystawił též środek noszący nazwę Neptunid; nadaje on sukniom nim napojonym własność nieprzemakalności nie pozbawiając ich zarazem przepuszczalności, przez co ubiory takie posiadają zalety ubrań gumowych a nie sprawiają nieprzyjemnego uczucia niedogody, do którego ostatnie dają powód tamując przeziew, i dla któréjto okoliczności nie można ich dłuższy czas używać. Pralnia, o któréj mowa, zajmuje się též odwietrzaniem ubrań i to w przyrządzie patentowanym. Przyrząd ten składa się z naczynia zawierającego mięszaninę benzolu, siarczku węgla i tymolu, do którego wtłaczaném bywa za pomocą pompy powietrze. Z tego naczynia powietrze napojone parami wymienionych ciał przechodzi do cylindra ogrzewanego parą wodną. Do cylindra tego wkłada się inne naczynia, opatrzone otworami w ścianach, przeznaczone na to aby w niém pomieścić ubiory mające być odwietrzonemi. Naczynie to za pomocą odpowiedniego urządzenia może być w ruch wprawione. Odwietrzania dokonywa tu powietrze nasycone wzmiankowanemi parami i ciepło. Pary uchodzące przechodzą do innego przyrządu i służą jeszcze do odwietrzania materaców itd. Ubiory tak odwietrzane bywają jeszcze wypłukane i wysuszone. Do odwietrzania łóżek używają též podsiarczynu sodowego z kw. siarkowym. Nie może ulegać wątpliwości, że sposoby te odwietrzania są bardzo skuteczne, jedynie tylko względy na kosztowność użytych środków prze-

mawiają przeciw nim. Za usiłowania swoje otrzymała ta pralnia medal srebrny.

Obok rzeczy do ubioru służących do grupy téj zaliczono także przyrządy do kąpieli i prania oraz różne pachnidła.

Urządzenia pralni, ważne pod względem ekonomicznym, pod względem zdrowia obchodzą higijenistę o tyle tylko, o ile zakłady te są nieodzownemi w szpitalach, i tu jednak względy techniczne rozstrzygają co do wyboru.

Pachnidla w dzisiejszych czasach nie mają już tego co dawniéj znaczenia, możemy je pominąć, aby zwrócić uwagę na urządzenia kąpielowe. (C. d. n.).

Zapiski z wystawy higijenicznéj w Berlinie.

Podług sprawozdań w *„Berl. klin. Wochenschrift“* i *„Deutshe medic. Wochenschrift.“*

Podał **K. M.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 34).

Ale nietylko w gimnazyjach spostrzeżono wzmaganie się liczby myopów w miarę posuwania się uczniów do klas wyższych; ten sam fakt stwierdziło wielu i w szkołach początkowych. Cohn znalazł w gimnazyjach klasycznych myopów 26·2%, w gimn. realnych 19·7%, w szkołach wydziałowych 10·3%, w tak zwanych elementarnych 6·7%, nakoniec w szkołach wiejskich 1·4%. Koppe z Dorpatu badając dzieci uczęszczające do ogródka Froeblowskiego, nie znalazl wprawdzie ani jednego przypadku myopii, ale za to tylko 2% emmetropów, resztę zaś t. j. 98% hypermetropów!

Te same fakty stwierdzili Ott z Lucerny, Erismann z Petersburga i Cohn, badając dwukrotnie pewną liczbę uczniów w odstępie trzechletnim. I tak Ott znalazł w r. 1873 z pomiędzy 66 uczniów: hypermetropów 28·8%, emmetropów 51·5%, myopów 19·7%; w trzech latach następnych połowa hypermetropów a czwarta część emmetropów uległa myopii, tak że w r. 1876 hypermetrów było już tylko 14·4%, emmetropów 37·8%, natomiast myopów 47·7%; prawie zatém połowa wszystkich uczniów należała do kategoryi myopów a oprócz tego u poprzednich 19·7% krótkowidzów wada ta wzmogła się znacznie.

Z tego wszystkiego wynika, że liczba krótkowidzów między młodzieżą szkolną wzrasta w stosunku prostym do wymagań i pracy, jakie szkoła naklada.

Czy w powstawaniu myopii gra także jaką rolę wpływ odziedziczania, nie jest rzeczą rozstrzygniętą. Faktem jest tylko, że wczesnemu wiekowi dziecięcemu właściwą jest hypermetropija, która przy sprzyjających warunkach w wieku młodzieńczym przechodzi w myopiję. Zdaje się, że co najwięcéj przypuszczaćby tu można odziedziczanie skłonności do myopii. Jeżeli jednak tak jest w istocie, to przemawiałoby to tylko témbardziéj za tém, ażeby w szkołach usuwać wszystko, cokolwiek rozwojowi téj wady sprzyjać może.

O oświetleniu już mówiliśmy. Tutaj dodamy tylko, że powierzchnia okien w klasach powinna być w pewnym oznaczonym stosunku nie tyle do liczby uczniów, ile raczéj do powierzchni podłogi. W szkole barakowéj Bagińskiego przypada 5130cm. kw. na jednego ucznia; Cohn wymaga tylko 2050 a Erismann 2670, wszyscy trzej zaś zgadzają się na to, że powierzchnia okien do pow. podłogi winna się mieć, jak 1:5 — 5·5, co też i pruskie ministeryjum oświaty przyjęło za prawidło.

Że z wzrastającą coraz bardziéj liczbą wzorowych budynków szkolnych coraz mniéjszy procent młodzieży ulegać będzie myopii, spodziewać się tego należy na pewne, sądząc już z dotychczasowych spostrzeżeń. Nieraz dają się słyszeć narzekania, że wydatki na szkoły publiczne są za wielkie, że skarb krajowy czy państwowy nie może podołać wzrastającym w téj mierze wymaganiom i że gminy nie mogą sobie pozwalać stawiania kosztownych „pałaców“, zwanych szkolami. A jednakże gdyby się okazało, że wzorowe budynki szkolne wpływają na ograniczenie choćby tylko téj jednéj wady, jaką jest myopija, byłoby to dostateczną odpowiedzią na wszelkie zarzuty. Tam bowiem, gdzie zmniejsza się liczba myopów, nastały widocznie warunki, które niewątpliwie i na ogólne zdrowie młodzieży korzystnie wpływać muszą. Pomniejszanie się zatém liczby myopów śmiało uważać można za miarę poprawy stosunków zdrowotnych w szkole. Wzgląd ten zaś jest rozstrzygającym i powinien bezwarunkowo usuwać na bok wszelkie skrupuły i drobne zarzuty. Do szkół uczęszcza obecnie, a przynajmniéj powinna, cała młodzież obojéj płci, bo tak wymaga ustawa. Jeżeli więc szkoła wywiera szkodliwy wpływ na zdrowie uczniów już sama przez się, — co jest rzeczą udowodnioną, — to wpływowi temu podlega całe uczące się pokolenie! W obec tego faktu środki na dobre szkoły znaleźć się powinny, a nikt nie uwierzy, że ich niema; zwlaszcza w krajach, w których milijony idą na fabrykacyję coraz nowszego „systemu“ karabinów i armat i na inne wątpliwego pożytku sprawy, kosztowniejsze nieraz od najokazalszych „pałaców“.... Ostatni ten epitet, nadawany z przekąsem przyzwoitszym nieco budynkom szkolnym, nie stanowi zresztą właściwie żadnego poważnego zarzutu, bo gmach, w którym setki ludzi ma trawić najpiękniejsze lata młodości, nie może być nigdy za nadto wytwornym, w każdym zaś razie zasluguje na to, aby przy jego budowaniu przestrzegano przynajmniéj tych samych przepisów, jakie obowiązują przy budowie — koszar.....

Że jednak owe „pałace“ szkolne sowicie się opłacać mogą społeczeństwu, wpływając na zmniejszenie się liczby kalek i schorzałych między młodzieżą, na to już obecnie przytoczyć można dowody. Florschütz w Koburgu badal między innemi i stan refrakcyi oczu młodzieży uczęszczającéj do wytwornych szkół tamtejszych i stwierdził stanowczy ubytek liczby myopów. I tak w r. 1874 znalazł 12% i 14% krótkowidzów, natomiast w r. 1877 już tylko 4% i 7%. Postęp doprawdy wielki. W ogólności z pomiędzy 2323 uczniów było w r. 1873 krótkowidzów 21%, liczba ta jednak zmniejszyła się w trzech następnych latach do 15% (zob. Cohn l. c. str. 67).

Nie mało wpływa także na pogarszanie się wzroku uczniów nieprzestrzeganie przepisów higijenicznych co do książek szkolnych. Javal we Francyi wymaga, aby wiersz w książce nie był dłuższy nad 6—8cm. i aby na 1cm. wiersza nie wypadało więcéj niż 6—7 głosek. Francuska komisyja, któréj ministeryjum poleciło zdać raport o stanie wzroku u uczniów szkół publicznych, orzekło prócz tego, że wysokość wiersza wraz z wolną przestrzenią między wierszami powinna wynosić co najmniéj 3·384mm., w słownikach 3mm. Cohn i Weber żądają, aby głoski miały przynajmniéj 1·5mm. wysokości, natomiast komisyja sztrasburska, wybrana przez feldmarszałka Manteuffla do badania stosunków zdrowotnych w szkołach, podała tę wysokość dla książek klas niższych na 1·75mm. (Cohn l. c. str. 149 i nast.).

Tyle co do higijeny wzroku na wystawie berlińskiéj.

Za to co się tyczy słuchu, to z wyjątkiem dwóch tablic wystawcy Lucae, ilustrujących rozmaite zmiany chorobowe błony bębenkowéj, mających zatém raczéj patologiczną niż higijeniczną wartość, — nie znajdujemy prawie nic na wystawie. Anatomicznych bowiem modeli ucha, jakie tu wystawiono, przecież nikt do higijenicznych okazów nie policzy. Dla czego jednak zmysł słuchu, nie stojący wprawdzie na równi ze wzrokiem, ale bądź co bądź bardzo ważny, tak macoszego obejścia doznał w dziale szkolnym wystawy, — trudno zrozumieć. Tymczasem najnowsze badania wykazują, że zboczenia w zakresie słuchu daleko są częstsze u młodzieży szkolnéj, niżby się zdawać mogło. Uchodzi to jednakże najczęściéj uwagi nauczycieli z wielką szkodą uczniów, którzy w skutek tego słabo postępują w naukach a często najniesłuszniéj uważani są w szkole za nieuków i próżniaków. Weil stwierdził w Stutgardzie (1881 i 1882) przytępienie słuchu u 30% uczniów szkół pospolitych; Gellé znalazł 20%—25% dotkniętych tą samą wadą (*Revue d'hygiène*, grudzień, 1882) a zauważył przytém, że większość niedosłyszących niedorównywała bystrością umysłu i inteligencyją zdrowym kolegom, w szkole zaś miała opiniję nieuważnych i leniwych. Z tego wypływa, że nauczyciele większą niż dotąd powinni zwracać uwagę na słuch dzieci przy przyjmowaniu ich do szkoły, że następnie wykrywszy przytępienie słuchu u dziecka, powinni umieszczać je bliżéj siebie i w ogóle staranniejszą otaczać opieką, aby tym sposobem uniknąć podwójnéj krzywdy dla dziecka, które w przeciwnym razie i pod względem rozwoju umysłowego pozostaje w tyle i niewinnie narażone jest na zarzuty nieuwagi, lenistwa itp.

Co do opalania i wentylacyi w szkołach, to na tém miejscu podajemy tylko ogólną wzmiankę, pozostawiając sobie szczegóły na późniéj. We wszystkich nowszych budynkach szkolnych, których rysunki lub modele wystawa posiada, wprowadzony jest system opalania centralnego. W gimnazyjach berlińskich jakoteż w szkołach średnich wiedeńskich i w Schemnitz, dzieje się to za pomocą powietrza ogrzanego, w wielu innych miejscowościach za pomocą wody. Wentylacyja odbywa się drogą zwyczajnych kanałów aspiracyjnych, w kilku zakładach wszakże, jak np. w 99éj szkole gminnéj berlińskiéj, wprowadzono bardziéj skomplikowane urządzenie.

Jak wielce wentylacyja wpływa na skład powietrza w izbach szkolnych, przekonać się można z nader ważnych wykazów, jakie pruskie ministeryjum oświaty w tym przedmiocie sporządzić poleciło i na wystawę nadesłało. Za miarę zanieczyszczenia powietrza przyjęto tu oczywiście kwas węglowy.

Pierwsza tablica odnosi się do klasy sexty A. gimnazyjum Fryderyka Wilhelma w Berlinie. Badania dokonano 19 lutego 1883. W klasie piec kaflowy, wentylacyi żadnéj; drzwi i okna podczas pauz nieotwierane. O godz. 8éj rano a więc z początkiem lekcyj kwasu węglowego 1‰. (Podług Pettenkoffera może być tego gazu w powietrzu wdychaném, bez szkody dla zdrowia, 0·5—1·0 na tysiąc). Z każdą następną godziną jednak ilość CO_2 się wzmaga, wreszcie o godzinie 1 po południu dochodzi do 8·2‰! Tablica druga dotyczy klasy sexty B. gimnazyjum Wilhelma. Badano 15 stycznia 1883. Opalanie wodą ogrzaną. Wentylacyja przez otwory (żaluzyje) umieszczone we drzwiach i oknach. Podczas pauz drzwi w klasie otwarte. Kwasu węgl. o godz. 8 rano 0·5‰! o godz. 9 i 5 min. 2‰; o 10 godz. 10 min. 1·5‰; o godz. 11 i 15 min. 1·8‰; o godz. 12 i 10 min. 2·1‰. Natomiast pod koniec godzin wykładowych a więc przed pauzami: o godz. 9éj 3·3‰; o godz. 3·5‰; o 11 godz. 3·6‰; o 12 godz. 3·8‰; o 1éj godz. 4·1 pro mille. Różnica w ilości CO_2, wywołana samém tylko otwieraniem drzwi na pauzach jest tu widoczną, pod koniec lekcyj bowiem o godz. 1éj dwa razy większa ilość tego gazu jest obecną w sekscie A (8·2), niż w sekscie B. (4·1).

W tablicy trzeciéj widzimy wynik badań dokonanych w klasie sekscie A. gimnazyjum Ludwiki w d. 7 kwietnia 1883. Opalanie klasy powietrzem ogrzaném i wentylacyja za pomocą kanału aspiracyjnego. Ilość kwasu węgl. z początku godzin wykładowych: o 8éj godz. 0·6‰; o 9 godz. 7 min. 1·35; o 10 g. 10 min. 1·5‰; o 11 godz. 7 min. 1·45 pro mille. Pod koniec godzin: o 9 godz. 1·6; o 10 godz. 1·6; o 11 godz. 1·9; o 12éj godz. 1·75 pro mille Przy tym sposobie zatém opalania i wentylacyi ilość CO_2 nie dochodzi nawet połowy największéj ilości w klasie poprzedniéj a mniejszą jest znacznie od czwartéj części podanéj w tablicy pierwszéj.

W tablicy czwartéj są wyniki badań między godziną 8 a 1ą w klasie, w któréj od godz. 9 do 10 i od 11 do 12 uczniów wcale nie było. Opalanie i wentylacyja jak poprzednio. Tutaj ilość CO_2 dopiero w ostatniéj godzinie podnosi się o 0·3‰ nad miarę Pettenkofera, wynosi zatém 1·3‰.

Tablica piąta mieści badania dokonane w rozmaitych zakładach publicznych.

Nakoniec w tablicy szóstéj pomieszczono wyniki doświadczeń nad ilością CO_2, który wytwarzano w jednéj ze sal gimnazyjum Ludwiki, paląc od godz. 8 do 12 bez przerwy 50 świec. Do wentylacyi służyły 3 klapy, z tych jedna dla dopływu ogrzanego, świeżego powietrza, dwie inne, górna i dolna, dla odpływu powietrza zużytego. Gdy zamknięto wszystkie trzy klapy, ilość CO_2 wzmagała się szybko, wreszcie po 5ciu godzinach doszła do 6·6 pro mille. W 5ciu innych doświadczeniach, w których raz tę, drugi raz ową klapę odmykano, kwasu węglowego przybywało głównie w pierwszych dwóch godzinach, poczém ilość jego pozostawała w mierze. Najlepszym był skutek doświadczeń, gdy otworzono klapę dla dopływu powietrza świeżego ogrzanego i klapę górną dla odpływu powietrza zużytego.

Zbliżając się ku końcowi sprawozdania z téj grupy, wspomnieć chcemy jeszcze o bogatym zbiorze rozmaitych przyborów i materyjałów szkolnych, daléj o przyrządach gimnastycznych, świadczących swym doborem i ilością o należytém zrozumieniu ważności gimnastyki dla zdrowia młodzieży a wyznać musimy, że grupa szkół przedstawioną została na wystawie z tą starannością i znajomością rzeczy, jakie odpowiadają rozwojowi dzisiejszego szkolnictwa. Zasługę staranności o rozwój szkół przypisać zaś należy w Niemczech zarówno gminom, jak państwu. Co pod tym względem zdziałał Berlin, wspomnieliśmy powyżéj, o usiłowaniach zaś samego tylko rządu pruskiego niech świadczą następujące liczby: od r. 1873 do 1882 wzniesiono w Prusach 36 nowych gimnazyjów, na co wydano przeszło 17 milijonów marek. Co do szkół ludowych, to od r. 1874—81 wzniesiono nowych budynków 5975, rozszerzono 2710, odnowiono 2503, wszystko to kosztem przeszło 17 milijonów marek. Z tego przypadło 51 milijonów na miasta (rocznie 6⅓ milijonów), 66 milijonów na gminy wiejskie (rocznie 8 milijonów). Cyfry te, zwłaszcza gdy się je porówna z wydatkami na szkoły i oświatę w innych państwach, mówią same za siebie!...

Nakoniec wspomnieć wypada o odczycie, jaki podczas wystawy miał Dr. Kerschensteiner z Mnichowa, a to ze względu na treść z bliska obchodzącą szkoły. Prelegent mówił „o sposobie szerzenia się odry i płonicy, głównie w szkołach średnich i pospolitych“. Ważna to kwestyja, zwłaszcza dla takiego miasta jak Berlin, które posiada 125 tysięcy dzieci w wieku od lat 6 do 15. Sądzono dotąd powszechnie, że przyrzut tychże chorób zakaźnych może się przenosić za pośrednictwem osób zdrowych. Prelegent nazywa to mniemanie błędnėm i występuje przeciw niemu energicznie. Należy podług niego zerwać z dotychczasowemi przepisami policyjnemi, podług których wydalono ze szkół dzieci, których rodzeństwo lub ktokolwiek ż domowników uległ jednéj z tych chorób. Takie powiększanie zaniepokojenia domowego jest zupełnie niepotrzebne, tém bardziéj, że naraża się przez to domowników na opiniję „zapowietrzonych“. Swoje to zdanie przedstawił autor na zjeździe lekarzy w Mnichowie, lecz nie znalazł uznania. Wszakże ze zdumieniem przekonał się niebawem, że żaden z lekarzy nie był w stanie z własnego doświadczenia przytoczyć przykładu, aby odra lub płonica przeniosła się za pośrednictwem człowieka zdrowego. Wyniki dochodzeń w tym przedmiocie ze strony towarzystw lekarzy bawarskich oraz w drodze urzędowéj były również pouczające. Z połowy królestwa bawarskiego nadeszły sprawozdania zgodne z twierdzeniem Kerschensteinera. Tenże zaleca, aby nadal zaprzestano w szkołach dotychczasowego systemu. Uczniowie, których rodzeństwo zapadło na odrę lub płonicę, powinni być wydaleni ze szkoły dopiero w razie objawów choroby u nich samych. Także i co do ospy zaprzecza K., aby się mogła przenosić za pośrednictwem osób trzecich.

Na tém kończymy grupę szkół.

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

O Donoszą, iż niemiecka Komisyja wysłana pod kierunkiem Dra Kocha w sierpniu do Egiptu celem badań nad cholerą ukończyła swe prace, o ile dotyczą ony Egiptu, lecz że otrzymała zezwolenie prowadzenia daléj swych badań w ojczyźnie cholery w Indyjach. Komisyja więc ta, złożona z Dra Kocha i dwóch jego asystentow Drów Gafkyego i Fischera, opuściła już Aleksandryję, aby udać się do Bombaju. Ustanie epidemii w Egipcie nie tylko że pozbawiło Komisyję materyjału potrzebnego do dalszych badań, których wynik podaliśmy w przeszłym Nrze, ale nie dozwoliło stwierdzić swoistości prątka wykrytego przez szczepienie na zwierzętach. Poczynione jednak odkrycia usprawiedliwiają wysłanie Komisyi do ojczyzny cholery w celu dalszych poszukiwań, które zdaje się, że doprowadzą do wyników większego znaczenia. Nie ogłoszono dotychczas, do jakich wyników doszła Komisyja Rządu francuskiego. Śmierć z cholery Dra Thuilliera, kierownika téj Komisyi, niezawodnie wielce utrudniła jéj prace, bo gdy niemiecka Komisyja jest w drodze do miejsca dalszych poszukiwań, członkowie Komisyi francuskiéj powrócili do domu. (Według *The Lancet*).

Ω Za zgodą wszystkich mocarstw europejskich ma minister spraw zewnętrznych w Rzymie rozesłać wkrótce zaproszenie na międzynarodowy kongres lekarski. Kongres obradować będzie w dalszym ciągu nad sprawami, które na kongresie konstantynopolitańskim nie przyszły już na porządek dzienny. Przewodniczyć ma kongresowi minister Mancini wraz ze znanym lekarzem ministrem Bacellim.

Ω Skutkiem wpływu higijeny na szkoły w Niemczech a ztąd odpowiedniego urządzenia szkół krótkowidzenie u uczniów znacznie się zmniejszyło. Cohn we Wrocławiu stwierdził zmniejszenie się jéj z 21 na 15%; Florschütz w Coburg z 12 na 4%. Mało jeszcze tylko zwraca się uwagi na druk książek. Lekarz francuski Javal stawia pod tym względem następujące wymagania: 1) Wiersz w książce nie powinien być dłuższym nad 6—8 cm., 2) na jeden cm. niepowinno wypaść średnio więcéj niż 6 liter. Prócz tego Komisyja edukacyjna francuska żąda, aby wiersz wraz z należącém do niego miejscem wolném miał w zwykłych książkach 3,4 milimetr. wysokości, w słownikach zaś 3,0 milimetr. Cohn i Weber żądają, aby ustanowiono, że druk najmniejszy, jakiego wolno używać do książek szkolnych ma wynosić 1,5 milimetr. wysokości. Rozporządzenie najnowsze Namiestnictwa w Strasburgu oznacza jako najmniejszą wysokość 1,75 milimetr.

Ω Senator Montefioré Levi ofiarował Uniwersytetowi w Lüttich w Belgii 80 tysięcy marek na urządzenie pracowni elektrycznéj. Rząd skutkiem tego otwiera szkołę elektro-techniczną. Kursa mają trwać 4 lata, t. j. dwa lata na nauki i studyja ogólne (matematyka, fizyka, chemija) i dwa lata następne na studyja specyjalne (teoryja elektryczności, sposoby wydobywania elektryczności, przewodnictwo elektryczne, telegrafija, nauka o urządzeniu telefonów, nauka o oświetlaniu elektrycznością, elektrodynamika itd.). Dyrekcyję szkoły objął inżynijer E. Gerard. Wykłady miały się rozpocząć 15 bm.

Ω Hrabina Bose zapisała na cele naukowe Towarzystwu przyrodniczemu w Frankfurcie 800 tysięcy marek.

Ω Dr. Stanley opowiada w *The Louisville Medical-News*, że p. C., urodzona w r. 1854, wyszła za mąż w 1867. W 10 miesięcy po ślubie powiła dziecko, córeczkę, która już w r. 1882 poszła za mąż i w marcu r. b. powiła synka. Pani C. zatém została babką w 29 roku życia.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 14—20 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 31,6. Z płonicy umarło 0 (3 z. t.); z błonicy 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z róży 0 (1 z. t.); z wścieklizny 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach płonicy, 4 odry, 2 duru brzusznego. W tygodniu od 7—13 października umarło z ospy w Londynie 3. Leczyło się w szpitalach 68, świeżo zapadło 9. W Warszawie, Murcyi, Filadelfii umarło po 3, w Brukseli 6, w Nowym Orleanie 10, w Maladze 12, w Pradze 23, w Madrasie 29, w Rio de Janeiro 119. Z duru osutkowego umarło w Londynie i Maladze po 2, w Madrycie 5. Z cholery umarło w Aleksandryi od 30 września do 6 października 2, w San Francisco i w Nowym Orleanie od 17—22 września 113, w Kalkucie od 19—25 sierpnia 7, w Bombaju od 28 sierpnia do 4 września 64. Z febry żółtéj umarło od 16 do 81 sierpnia w Rio dę Janeiro 11.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 7—13 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 16,6; w Warszawie 29,9; w Poznaniu 26,7; w Wiedniu 22,7; w Budapeszcie 22,5; w Pradze 30,9; w Berlinie 24,7; w Wrocławiu 25,1; w Hamburgu 20,8; w Mnichowie 29,9; w Dreźnie 24,0; w Gdańsku 25,4; w Lipsku 17,8; w Bazylei 20,6; w Brukseli 22,8; w Amsterdamie 27,9; w Hadze 22,0; w Londynie 19,0; w Kopenhadze 19,8; w Stokholmie 14,6; w Chrystyjanii 17,1; w Petersburgu 24,3; w Odesie 33,8; w Rzymie 29,0; w Wenecyi 19,4; w Bukareszcie 25,7; w Madrycie 29,2; w Lizbonie 23,2, w Aleksandryi 33,2; w Nowym Yorku 25,6; w Filadelfii 21,3; w Rio de Janeiro 60,2; w Bombayu 34,8; w Madrasie 53,8. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 31 października. Na posiedzeniu 1ém tegorocznėm, odbytém w d. 26 bm., Wydział lekarski zamianował Dra Wiczkowskiego asystentem przy katedrze chemii lekarskiéj na lat dwa.

* **Wiadomości osobowe**. Przy awansie listopadowym dwaj rodacy nasi posunięci zostali na wysokie stanowiska w hierarchii wojskowéj. Odznaczenie to zapisujemy z tém większą przyjemnością, o ile obaj pochlebnie znani są nie tylko w mieście ale i w Towarzystwie lekarskiém naszém, którego są członkami. Pierwszy z nich Dr. Konstanty Heumann, krakowianin i wychowaniec Uniw. Jagiell., do niedawna przełożony tutejszego szpitala garnizonowego, mianowany został starszym lekarzem sztabowym 1széj kl. i szefem sanitarnym w Budapeszcie; drugi Dr. Mikołaj Munk, lekarz sztabowy i przełożony oddziału w tutejszym szpitalu garnizonowym, mianowany został starszym lekarzem

sztabowym 2giéj kl. i kierownikiem szpitala wojskowego w Josefstadzie. Nam żałować tylko wypada, że obaj zacni i powszechnie szanowani koledzy opuszczają nas, ku największemu żalowi lekarzy i uczniów naszych, którzy w służbie swéj wojskowéj mieli w nich przychylnych i życzliwych przełożonych. — Daléj mianowani zostali lekarzami pułkowymi 2giéj kl. starsi lekarze Drowie Wilhelm Strzechowski w szpitalu garnizonowym w Ołomuńcu; Dyjonizy Biliński przy 75 pułku piechoty; Teofil Hankiewicz przy pułku 3 ułanów i Emil Kozłowski w szpitalu garnizon. w Mostarze w Hercogowinie.

* **Nekrologija.** W Wiśniczu umarł Dr. Mossór, lekarz tamecznego zakładu karnego. Prokuratoryja wyższa w Krakowie rozpisała konkurs na opróżnioną przez śmierć jego posadę, z terminem zgłoszenia się aż do 30 listopada rb.

Piśmiennictwo lekarskie. Otczoty o diejatielnosti odeskaho balneołogiczeskaho obszczestwa za 1881, 1882 i połowę 1883 roku pod redakcyją Dra Pogrebińskiego.

Towarzystwo balneologiczne odeskie, kierowane przez zasłużonego w literaturze lekarskiéj rodaka naszego Dra Moczutkowskiego, z biegiem lat składa dowody wzrastającéj żywotności i płodności naukowéj. Mamy w ręku sprawozdanie II. z czynności Towarzystwa za lata 1881, 1882 i połowę 1883, obejmujące 261 stronnic druku. Pokaźna ta książka zawiera: 1) Wyciąg z protokółów posiedzeń Towarzystwa w ciągu 2½ lat; 2) tatystyczne sprawozdanie z miejskiego szpitala na Hadżybejskim limanie z r. 1880, przez Dra Smorczewskiego, s3) sprawozdanie z tak zwanego Oddziału limanowego miejskiego odeskiego szpitala za r. 1881, przez Dra Diterichsa; 4) spostrzeżenia meteorologiczne na Hadżybejskim limanie w ciągu sezonu 1880 r., przez Dra Czernera; 5) o ciepłocie morskiéj wody w zatoce Jałty i o potrzebie naukowych spostrzeżeń co do kąpieli w Czarném morzu, przez Dra Dmitrijewa: 6) o wpływie ciepłoty wody na wrażliwość odruchową przez Dra Rozensteina; 7) liczby służące do wykazania wpływu błotnych kąpieli na organiczną wymianę materyi przez Drnda Woronina; 8) materyjał dla naukowego zbadania odeskich limanów przez Dra Moczutkowskiego; 9) krytyka przez Dra Wojnę; 10) notatki o zakładzie błotnych kąpieli dla wojskowych w Sakach przez Dra Goldenberga. Leczenie hydropatyczne zajęło nader wybitne miejsce w terapii nowoczesnéj; skuteczność lecznicza limanów czarnomorskich jest bogatym czynnikiem przyrody w tego rodzaju zachodach. Otczoty, o których wyżéj mówimy, stanowią ważny przyczynek do poznania naukowego, klinicznego i technicznego limanów; poznanie to nietylko ze względu teoretycznego ma dla nas znaczenie: położenie geograficzne i stosunki etnograficzne wskazują nam rzeczywistą tego potrzebę, i temi pobudkami powodowaliśmy się w podaniu niniejszego sprawozdania. *Dr. A. Kwaśnicki.*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 43: Dunina: O zapobieganiu i leczeniu suchot płucnych z punktu widzenia teoryi pasorzytniczéj; Pacanowskiego: Wrodzone połączenie komórek sercowych (dok.); Sokołowskiego: Przypadek porażenia kończyn dolnych natury histerycznéj. — W *Medycynie* Nr. 43: Janiszewskiego: Trzy przypadki drgawek jednostronnych, zwanych inaczéj padaczką Jacksona lub padaczką połowiczną (dok.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie dnia 7go listopada o godz. 6éj wieczór w Sali Akademii Umiejętności zwyczajne posiedzenie, na którém po załatwieniu spraw administracyjnych kol. Wolfram odczyta: „Przyczynek do nauki o samoistném znużeniu serca.“

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla